



**GRADO EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO**

**Revisión Narrativa**

Mayo, 2019

Autoras: Marina Arcos Oñate y  
Patricia Rodríguez Díaz

Tutora: M<sup>a</sup> del Coro Canalejas Pérez

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO .....	12
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVOS .....	17
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>18</b>
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>24</b>
1. Factores físicos influyentes en la calidad de vida del paciente trasplantado de corazón .....	25
2. Factores psicosociales que intervienen en la percepción de calidad de vida del paciente trasplantado cardiaco.....	29
3. Valoración de la calidad de vida en el paciente trasplantado cardíaco .....	35
4. Cuidados del paciente trasplantado.....	39
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
LIMITACIONES.....	44
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	44
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>
Anexo 1. Escala de valoración de calidad de vida SF-36. ....	53
Anexo 2. Tabla de artículos seleccionados.....	53
Anexo 3. Ítems de valoración del cuestionario “Beck Depression Inventory for prevalence of depression” .....	58
Anexo 5. Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente trasplantado cardiaco en el postoperatorio tardío.....	60

## **RESUMEN**

### **Introducción**

La calidad de vida es un concepto amplio influenciado por diversos factores, que es necesario conocer para valorarla de forma completa en el paciente trasplantado cardíaco. Por otra parte, estos pacientes pasan por un proceso complejo que requiere unos cuidados específicos que pueden contribuir a mejorar la misma. El objetivo principal es explorar el impacto de la realización de un trasplante cardiaco en la calidad de vida de los pacientes y la contribución específica de la enfermera a su mejora.

### **Metodología**

Se ha realizado una revisión de la literatura, a partir de una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud, en la biblioteca electrónica de contenido científico *Scielo* y en buscadores especializados.

### **Resultados y discusión**

Se han analizado 33 artículos que cumplían los criterios de inclusión propuestos. En la percepción de la calidad de vida intervienen tanto factores físicos como psicosociales, ambos igual de importantes. Para conocer cómo ha afectado el trasplante a la misma se debe realizar una valoración previa y posterior a este, atendiendo al paciente como un ser holístico. Las intervenciones de enfermería deben ir dirigidas tanto al postoperatorio inmediato como al tardío, realizando programas de promoción y educación para la salud que permitan abordar todos los ámbitos de su vida.

### **Conclusiones**

Es vital que las enfermeras atiendan todos los factores que condicionan la calidad de vida, con el fin de mejorar la percepción de la misma, lo que es primordial para la temprana recuperación de los pacientes trasplantados de corazón. Realizar una correcta valoración es de vital importancia para conocer los aspectos a tratar posteriormente.

### **Palabras clave**

Calidad de vida, trasplante de corazón, cuidados de enfermería y escalas de valoración de la calidad de vida

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Quality of life is a broad concept influenced by several various factors. The knowledge of them is important to make a good assessment of it in the cardiac transplant patient. These patients go through a complex process that requires specific care. The main objective is to explore the impact of performing a heart transplant on the quality of life of patients and the specific contribution of the nurse to the improvement of the same.

### **Methodology**

A review of the literature has been carried out, based on a literature search in the different databases of Health Sciences, in the electronic library of scientific content Scielo and in specialized search engines.

### **Results and discussion**

Thirty-three articles were analyzed, which met the proposed inclusion criteria. In the perception of the quality of life, both physical and psychosocial factors intervene, both equally important. In order to know how heart transplant has affected the quality of life, a prior and subsequent evaluation must be carried out, treating the patient as a holistic being. Nursing interventions should be directed to the immediate postoperative period as well as to the late one, carrying put health promotion and education programs that address all areas of their lives.

### **Conclusions**

It is vital that nurses attend to all the factors addressed above, in order to improve the perception of the quality of life, which is essential for the early recovery of heart transplant patients. Carrying out a correct assessment is utter important to know the aspects of later treatment.

### **Key words**

Quality of life, heart transplant, nursing care and assessment scales of quality life.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) define los mismos como *“la sustitución de un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente”*.

(1)

Por otra parte, Norrie lo define como *“el procedimiento médico mediante el cual, se extraen tejidos de un cuerpo humano y se reimplantan en otro, con el propósito de que el tejido trasplantado, realice en su nueva localización la misma función que realizaba previamente”*. (2)

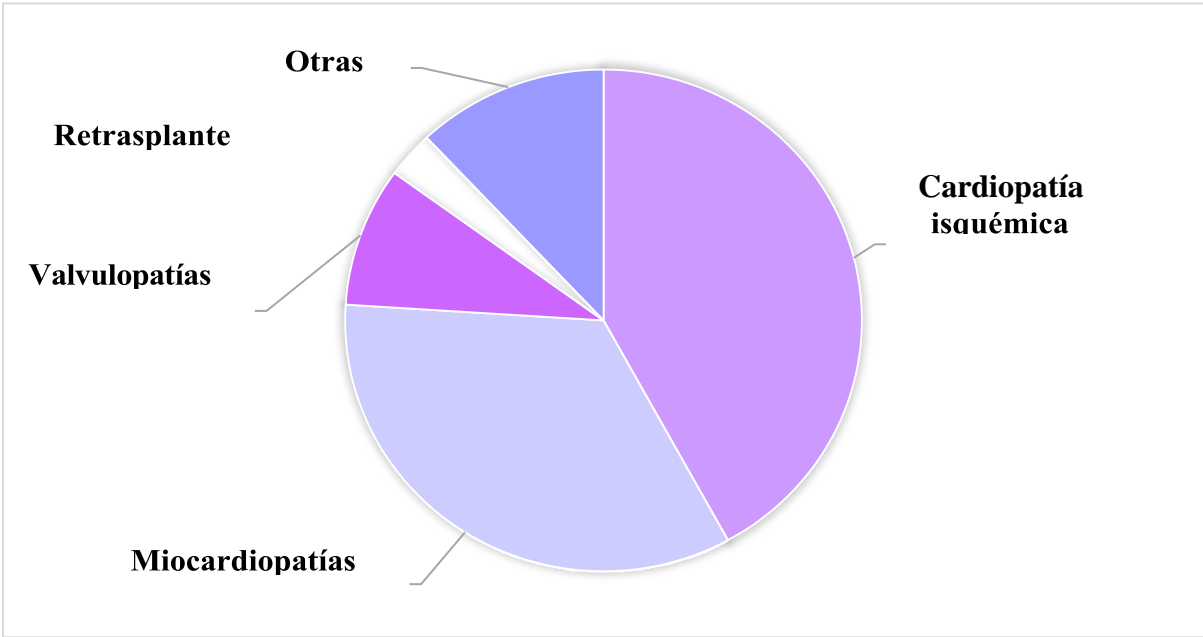
En el caso del trasplante cardiaco el órgano sustituido es el corazón y el donante siempre es un cadáver. Aunque el primero tuvo lugar en 1961, la escasa supervivencia de los receptores hizo que durante un prolongado periodo de tiempo el programa se interrumpiera, pero debido a los avances médicos en el diagnóstico y el tratamiento de las complicaciones posteriores, se reanudó en la década de los 80, convirtiéndose en la única opción terapéutica para determinados pacientes. Concretamente en España, el primer trasplante se realizó en 1984. (3)

Actualmente, este abordaje está indicado en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada en los que las diferentes alternativas de tratamiento no proporcionan una correcta calidad de vida o no aseguran la supervivencia del paciente. Las indicaciones absolutas, más comunes, para un trasplante cardíaco son: compromiso hemodinámico relacionado con la insuficiencia cardíaca congestiva, choque cardiogénico, síntomas de isquemia que impiden realizar las actividades de la vida diaria y arritmias ventriculares recurrentes. Los pacientes con enfermedades cardíacas presentan un desgaste físico basal, si este se le suma estrés psicosocial, depresión, aislamiento social, presión laboral, agotamiento vital, etc.; esto provoca un aumento de descompensaciones fisiológicas y por tanto un cuadro clínico desfavorable que los puede llevar a necesitar un TC. Por otra parte, dependiendo del enfermo y su situación existen indicaciones más específicas para el trasplante, entre las que destacan la cardiopatía isquémica (3-5) (Gráfico 1).

Hay que destacar que España es uno de los países del mundo en el que más se desarrolla esta intervención. Concretamente, en 2017, se realizaron 304 trasplantes cardíacos; en el 97% de los casos fueron trasplantes aislados, ocupando el porcentaje

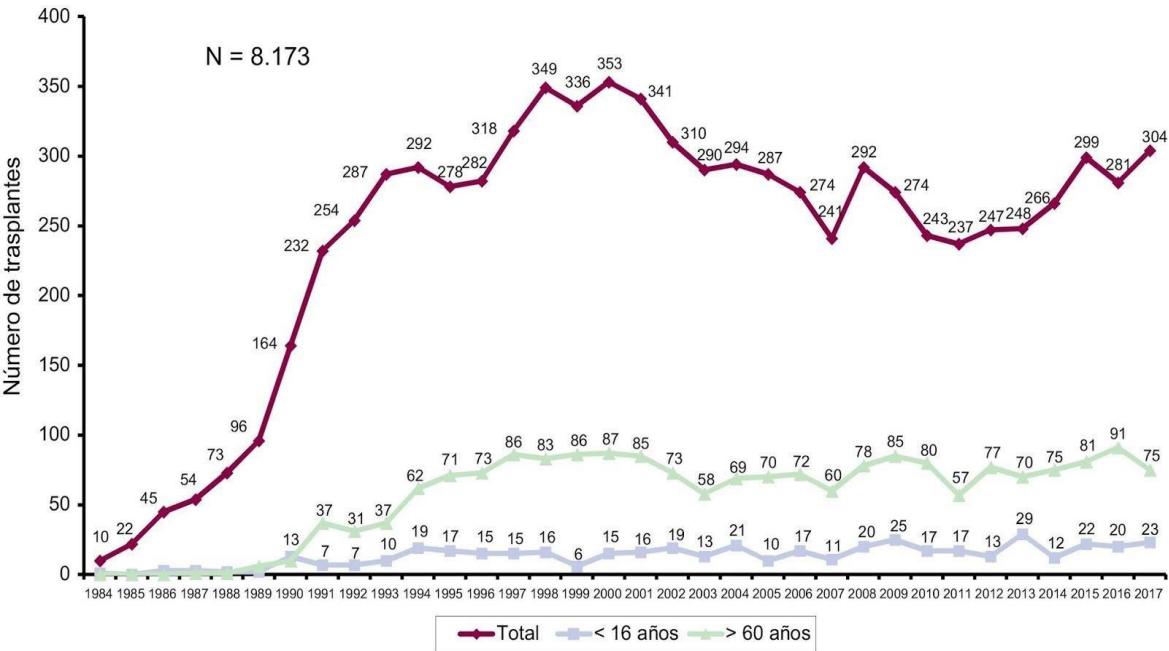
restante los trasplantes y trasplantes combinados (cardiopulmonares o cardiorrespiratorias). Como se puede observar en el gráfico 2, el porcentaje de trasplantes en menores de 16 años ha ascendido ligeramente mientras que en los mayores de 60 años ha descendido considerablemente. (Gráfico 2) (6).

Gráfico 1. Indicaciones para el trasplante cardiaco.



Fuente. Elaboración propia (3).

Gráfico 2. Número anual de trasplantes en España (1984-2017).



Fuente. González-Vílchez F et al. (6)

El Registro Español de trasplantes (6) recoge una serie de características comunes en los receptores y donantes observadas en los últimos años, los datos más recientes constan del año 2017 (Cuadro 1).

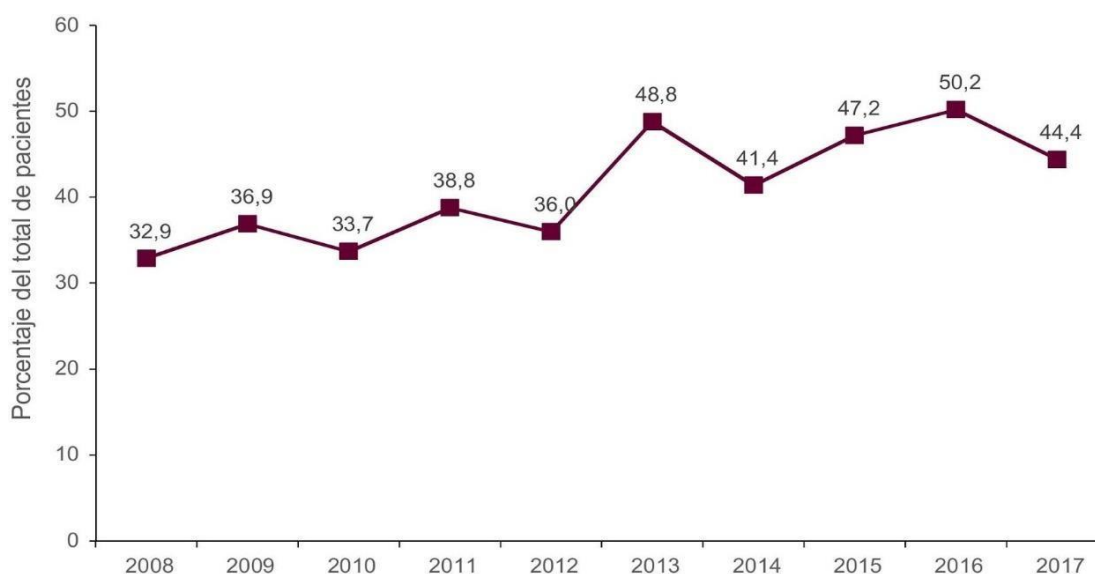
Cuadro 1. Características de los donantes y los receptores.

<b>RECEPTORES</b>	<b>DONANTES</b>
Edad media de 52 años.	La mayoría eran mayores de 52 años.
Varones.	Varones.
Índice de masa corporal (IMC)=25,0 ±5,1	Peso medio de 74 kg.
Etiología de base: insuficiencia cardíaca dilatada no isquémica.	Causas de la muerte:  Accidente cerebro vascular: 54.9%. Traumatismos: 17.4%. Otras: 27.6%.
Enfermedades previas: diabetes (insulinodependientes) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	Un 19,4% de los donantes sufrieron una parada cardíaca previa antes de morir.
Infecciones previas al trasplante y cirugías cardíacas previas.	El tiempo de isquemia cardíaca tras la muerte se ha ido reduciendo progresivamente.

Fuente. Elaboración propia (6).

Destacar que, en 2017, el 44 % de los trasplantes se realizaron en situación de urgencia (Gráfico 3).

Gráfico 3. Porcentaje anual de trasplantes urgentes sobre la población total (2008-2017).



Fuente: González-Vílchez F et al (6).

El donante además de tener compatibilidad sanguínea con el receptor, debe tener un corazón de tamaño adecuado para el mismo, lo que dependerá de su peso y talla. Por todo ello, uno de los principales problemas para realizar esta intervención es la escasez de donantes que existen que reúnan todas las características necesarias para asegurar la compatibilidad (3).

A pesar de que, tanto el receptor como el donante, reúnan las características mencionadas anteriormente, es posible que el organismo del receptor no esté preparado para recibir el nuevo órgano. El trasplante cardíaco puede traer consigo una serie de complicaciones en el receptor que se deben tener en cuenta y que es importante que se expliquen antes de que éste reciba el nuevo corazón. Las principales **complicaciones** son (7-10):

- ❖ *Vasculopatía crónica de aloinjerto (CAV)*: se producen alteraciones de la pared vascular del nuevo corazón que se van desarrollando en los años posteriores al trasplante (aproximadamente durante los primeros 5 años). En algunos casos aparece como consecuencia del rechazo agudo. Es la primera causa de muerte tardía en este tipo de pacientes, ya que estas lesiones coronarias ocasionan el posterior desarrollo de una isquemia miocárdica.



- ❖ *Alteraciones metabólicas:* muchos de los receptores presentan patologías de base como hiperuricemia, dislipemia, etc. Estas patologías, sumadas a la administración de ciertos inmunosupresores, provocan un incremento del metabolismo celular y del perfil trombogénico intravascular, lo que puede crear, a su vez, obstrucciones vasculares a nivel coronario.
- ❖ *Sobreexpresión neurohumoral:* los pacientes con insuficiencia cardíaca presentan una sobreestimulación del sistema neuroendocrino, lo que implica la presencia de niveles altos en sangre de diversas hormonas como catecolaminas, aldosterona, etc. Esta sobreactividad continúa mantenida tras el trasplante durante un tiempo prolongado y provoca a la larga disfunción endotelial de los vasos de medio y pequeño calibre.
- ❖ *Insuficiencia renal:* afecta al 20% de los pacientes trasplantados, de los cuales el 2% necesita una terapia de sustitución de su función renal. Se debe, en parte, al uso de inmunosupresores.
- ❖ *Diabetes mellitus de novo:* el 81.8% de los pacientes sufren esta patología en las primeras 72 h de la cirugía, el uso de esteroides y diuréticos para tratar otras complicaciones provocan el desarrollo posterior de esta enfermedad crónica en pacientes que previamente no la padecían, lo que afecta en gran medida a su calidad de vida.
- ❖ *Neoplasias:* esta complicación es frecuente que se produzca a los 5 años aproximadamente tras el trasplante, afecta al 8% de los pacientes y puede causar su muerte tardía. Las neoplasias más frecuentes se dan en la piel, seguidas de los tumores hematológicos.
- ❖ *Hipertensión arterial (HTA) sistémica:* aparece en el 90% de los casos y está relacionada con la sobreexpresión neurohumoral mencionada anteriormente. Esta provoca un aumento prolongado de los niveles de angiotensina II promoviendo la persistencia de HTA, efecto que se ve potenciado por el empleo de inmunosupresores tras el trasplante.
- ❖ *Pérdidas sanguíneas:* relacionados con la intervención quirúrgica y las alteraciones del débito cardíaco. El tratamiento con inmunosupresores puede producir disfunción hepática, relacionada con un aumento de sangrados ocasionales.

- ❖ *Agotamiento:* el corazón es un órgano cuya frecuencia cardíaca está controlada por el sistema nervioso autónomo. Cuando se extrae del cuerpo muerto, se elimina el nervio autónomo y el corazón donado deja de estar controlado por el sistema parasimpático del cuerpo del donante para estar controlado por el del receptor. Debido a este cambio, la adaptación no llega a ser plena y hay una descoordinación llegando a alcanzar valores de frecuencia cardíaca en reposo de hasta 95- 115 latidos por minuto. Además, el corazón tiene una respuesta tardía a la actividad física, esto dificulta la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y, por lo tanto, supone un obstáculo a la hora de retomar su rutina y las actividades sociales.
- ❖ *Infección:* es más frecuente en el primer año, para evitarlo se debe reajustar la dosis de inmunosupresores. Las más prevalentes son sinusitis, infecciones urinarias y neumonías.
- ❖ *Rechazo:* es una de las complicaciones más temidas y conocidas de cualquier trasplante, asociada a la reacción del sistema inmunológico del receptor frente al nuevo órgano. Se presenta con mayor frecuencia en los 3 primeros años. Uno de los métodos principales para evitar el rechazo en trasplantes de órganos sólidos es el tratamiento con inmunosupresores que, en un 85% de los casos, se complementan con una terapia de inducción a base de anticuerpos monoclonales. De esta forma se bloquea parcialmente la respuesta inmune del receptor y se evita que ésta “ataque” al nuevo órgano como un intruso; aunque uno de sus principales inconvenientes es el aumento del riesgo de infección y de neoplasias malignas en el receptor. (3) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Tipos de rechazo en el trasplante cardiaco.

	<b>ETIOLOGÍA</b>	<b>INCIDENCIA</b>	<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>TIEMPO QUE TARDA EN APARECER TRAS EL TRASPLANTE</b>
<b>HIPERAGUDO</b>	Anticuerpos preformados en el receptor contra los antígenos o endotelio del donante.	Muy raro debido a las pruebas de incompatibilidad realizadas en el preoperatorio.	Personas politransfundidas anteriormente cómo las multíparas, entre otros.	Inicio brusco, primeros minutos u horas.
<b>HUMORAL</b>	Problemas hemodinámicos desarrollados tras el trasplante.	Ha ido disminuyendo con el paso de los años.	Uso de inmunosupresores del tipo OKT3. Receptor mujer, joven, de raza negra.	Aparece días o semanas después.
<b>CELULAR</b>	Incumplimiento de la pauta de inmunosupresores o dosis inadecuada de los mismos.	Afecta aproximadamente al 7% de los pacientes trasplantados.	Receptores que dieron anticuerpos reactivos positivos en el screening del preoperatorio, principalmente mujeres.	Ocurre entre los 3-6 primeros meses.
<b>CRÓNICO</b>	Enfermedad vascular del injerto.	En los pocos casos en los que aparece durante 1º año, ocasiona el 13% de las muertes.	Pacientes con enfermedades coronarias previas.	Entre 5 y 8 años.

Fuente. Elaboración propia.(3)

Es importante conocer las patologías previas al trasplante, ya que existen algunas complicaciones que se relacionan directamente con antecedentes concretos. Además, hay que tener en cuenta que las complicaciones que aparecen a largo plazo como la CAV y las neoplasias malignas, son causantes del 35% de las muertes, en 10-15 años, de los pacientes trasplantados (8, 11).

El trasplante de corazón aumenta la esperanza de vida y mejora el pronóstico de aquellos pacientes que padecen una enfermedad cardíaca terminal. No obstante, su calidad de vida se ve afectada por los cambios físicos producidos, debido al efecto de los fármacos inmunosupresores y los problemas psicológicos que presentan en los primeros meses post- trasplante, lo que se relaciona con las posibles complicaciones postoperatorias (12, 13).

Una de las claves del éxito de esta intervención de alta complejidad, en la cual intervienen cantidad de factores, es el equipo sanitario que participa en él. Debe ser multidisciplinar y especializado, con el fin de que trate correctamente todas las esferas de la vida del paciente relacionadas con el trasplante y sus posteriores consecuencias.

### **CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO**

La organización mundial de la salud (OMS) definió en 1948 la salud como *"el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad"*. Esta nueva forma de entender la salud aportó una visión holística que permitió el posterior desarrollo del término *"Calidad de Vida"*, que en 1994 fue definido por la OMS como *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes"* (12).

Por otra parte, se debe considerar la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que se puede definir como el estado de salud de las personas, teniendo en cuenta la percepción del paciente, el grado de bienestar con el tratamiento y el impacto que genera en él la enfermedad que padece. Este concepto fue creado para contrarrestar la tendencia biomédica, que eludía la atención biopsicosocial del paciente centrándose únicamente en el cuidado del proceso patológico.

Por tanto, el contexto cultural, demográfico y económico; los valores, creencias y experiencias de cada persona generan una percepción subjetiva e individual sobre la condición física, el estado emocional, social y espiritual de uno mismo y, por consiguiente, sobre su calidad de vida (14).

Para poder llevar a cabo una correcta medición de la calidad de vida se han de tener en cuenta indicadores objetivos y subjetivos (Cuadro 3).

Cuadro 3. Indicadores de calidad de vida.

INDICADORES OBJETIVOS	INDICADORES SUBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para realizar ejercicio físico.</li> <li>• Presencia de síntomas de enfermedad.</li> <li>• Actividad sexual.</li> <li>• El padecimiento o no de ansiedad, estrés, depresión etc.</li> <li>• Consumo de sustancias.</li> <li>• Actividad laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción del paciente por la vida, su autoestima...</li> <li>• Capacidad de enfrentarse a la enfermedad.</li> <li>• Percepción sobre sus relaciones sociales, familiares y de pareja etc.</li> </ul>

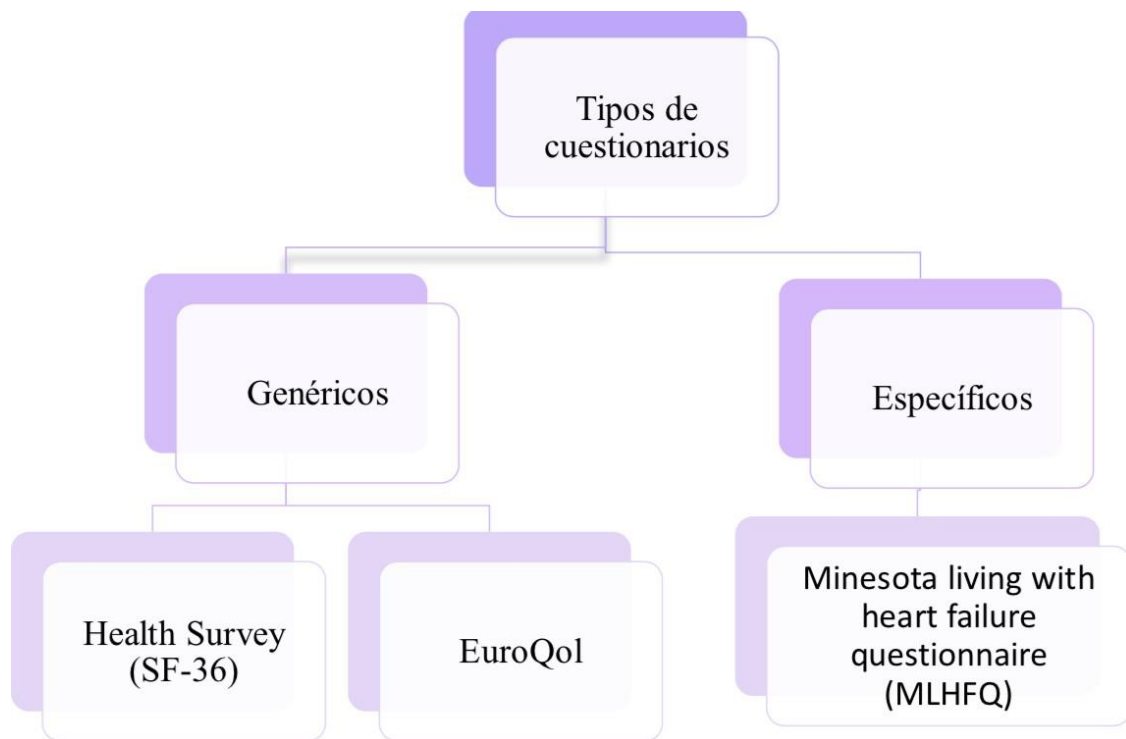
Fuente. Elaboración propia (12).

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes podemos utilizar dos tipos de cuestionarios; unos genéricos y otros específicos que se emplean habitualmente en el paciente con insuficiencia cardíaca (15). (Figura 1).

Entre los cuestionarios genéricos que se suelen utilizar, destaca el Health Survey (SF-36) (Anexo 1), que comprende un amplio abanico de áreas que valorar, y, por lo tanto, permite comparar la calidad de vida de personas que padecen cualquier tipo de enfermedad crónica con la de personas sanas, e incluso con aquellas que padecen otro tipo de enfermedades (15).

El único cuestionario validado en España para medir la CVRS es el EuroQol, un cuestionario genérico usado mayoritariamente en atención primaria. En él se valora el estado de salud dependiendo del nivel de gravedad, realizando una valoración social y utilizando la escala visual analógica (EVA) para realizar la valoración del dolor (16).

Figura 1. Tipos de cuestionarios para medir la calidad de vida.



Fuente. Elaboración propia (15)

Los instrumentos específicos para los pacientes cardíacos abordan áreas propias de esta enfermedad como, por ejemplo, la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la dificultad a la hora de mantener relaciones sexuales, el grado de disnea y otros aspectos concretos de la misma, lo que implica que estos cuestionarios sean más sensibles a los cambios que provoca la insuficiencia cardíaca en la vida del paciente.

Un ejemplo de los mismos es el Minessota living with heart failure questionnaire (MLHFQ), que analiza dos dimensiones, la física y la emocional, y es usado en la actualidad en los hospitales españoles como la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del hospital Joan XXIII de Tarragona (15, 17).

El profesional de enfermería adquiere un papel fundamental en este punto del proceso al ser, junto con el resto de profesionales de la salud que participan en el mismo, uno de los responsables de la valoración de estos aspectos. Este debe preocuparse por la calidad de vida del paciente trasplantado, al igual que se hace con los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, ya que este producirá un cambio importante en su vida (2).

Para ello deberá indagar e intervenir en aspectos tan variados en la vida del paciente como son el autoconcepto, el deterioro de las relaciones sociales previamente establecidas, el cambio de roles, el déficit de actividades recreativas, el manejo adecuado de la nutrición, la actividad física y los hábitos de higiene corporal, entre otros (2).

## JUSTIFICACIÓN

El trasplante cardiaco es una intervención que aumenta la supervivencia y la esperanza de vida de pacientes con afecciones cardiacas crónicas graves. El éxito o el fracaso del mismo no depende solo de las complicaciones físicas que aparezcan, sino también de la respuesta emocional del paciente tras la intervención de manera que ambas condicionan la percepción sobre su calidad de vida.

En este sentido, tiene gran importancia la realización de cuidados encaminados a atender las necesidades que surgen en los ámbitos religioso, espiritual y emocional que en ocasiones pueden quedar relegadas a un segundo plano. Estas no solo las presentará el receptor, sino que también podrán aparecer en la familia y en el donante (2).

En estos pacientes, es primordial el papel desempeñado por las enfermeras para ayudarles a adaptarse a esta nueva situación, en la que se producen cambios importantes en la vida diaria, con el fin de contribuir a mejorar su calidad de vida. Por este motivo, se considera necesario profundizar en los factores que condicionan la calidad de vida del paciente, así como las intervenciones que llevará a cabo la enfermera para cubrir sus necesidades (2).

Concluimos recalcando el papel de los profesionales de enfermería en la valoración e intervenciones encaminadas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes trasplantados cardiacos, incluyendo aquí las secuelas psicológicas que puedan tener tras la intervención dado que estas influyen considerablemente en la recuperación de los mismos. Por ello, consideramos necesario realizar una revisión narrativa sobre estos aspectos indagando en cuáles son las secuelas y cómo influyen estas en la calidad de vida del paciente.



## OBJETIVOS

### *General*

Explorar el impacto que tiene la realización de un trasplante cardiaco en la calidad de vida de los pacientes y la contribución específica de la enfermera a la mejora de la misma.

### *Específicos*

- Identificar los factores que condicionan la calidad de vida de estos pacientes.
- Explicar las herramientas utilizadas en la valoración de la calidad de vida del paciente trasplantado de corazón.
- Describir las intervenciones a llevar a cabo por la enfermera para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión de la literatura, a partir de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo en las diferentes bases de datos nacionales e internacionales como son Pubmed, Cuiden, Lilacs y PsycINFO y en la biblioteca electrónica de contenido científico (web of science) Scielo. Además, se amplió la búsqueda con buscadores especializados como Google académico.

Para realizar las búsquedas se utilizaron los términos de lenguaje controlado a través de Descriptores de Ciencias de la salud (Decs) y de Medical Subject Headings (MeSH), que se han combinado entre sí con los operadores booleanos “AND” / “NOT” (Cuadro 4). Además, también de utilizaron los términos de lenguaje libre: *“process”, “psychological care”, “psychologists”, “psychological help”, “perception”, “SF-36”, “psicosocial”, “cuidados psicosociales”*.

Cuadro 4. Términos de lenguaje controlado.

TÉRMINOS DECS	TÉRMINOS MESH
Trasplante de corazón	Heart transplant
Calidad de vida	Quality of life
Cuidados de enfermería	Nursing care
Enfermería	Nursing
Pediátricos	Pediatrics

Fuente. Elaboración propia.

Como filtros para acotar la búsqueda en las bases de datos Pubmed, Lilacs y PsycINFO se han utilizado la fecha de publicación, *“full text”*, lenguaje (inglés y español), especie humana y edad (>18 años). En el resto de bases de datos, solo se utilizó la fecha de publicación. Inicialmente se determinó que la fecha de publicación fuera a partir del 2014, pero dado que se encontraron artículos interesantes en fechas anteriores se amplió esta fecha a 10 años. (Figura 2)

Tras realizar las búsquedas se llevó a cabo un proceso inicial de selección de artículos a través de la lectura crítica de los resúmenes/abstracts, aunque en algunos de ellos fue necesario la lectura del artículo completo para confirmar su selección. En una segunda fase, se realizó una lectura crítica de los artículos seleccionados y finalmente se eligieron 33. (Tablas 1-5)

Para realizar dicha selección se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**Criterios de inclusión:**

- ❖ Palabras clave “*calidad de vida*” y “*trasplante de corazón*”.
- ❖ Estudios centrados en personas mayores de 18 años de edad.
- ❖ Contenido adecuado al tema de estudio:
  - Artículos relacionados con la valoración y comparación de la calidad de vida de los pacientes trasplantados de corazón adultos.
  - Documentos que expliquen el proceso completo que debe llevarse a cabo en un trasplante cardiaco.
  - Artículos sobre la experiencia de enfermedad en pacientes trasplantados de corazón.
  - Artículos relacionados con la valoración psicosocial de los pacientes trasplantados cardiacos.

**Criterios de exclusión:**

- ❖ Artículos que tratan de otro tipo de trasplantes o de trasplantes multiorgánicos.
- ❖ Estudios centrados en personas menores de 18 años de edad.
- ❖ Artículos centrados en la calidad de vida de los familiares del paciente trasplantado.
- ❖ Estudios cuyo objetivo era el análisis de parámetros biológicos de los pacientes trasplantados.

Tabla 1. Proceso de búsqueda realizado en PUBMED.

Nº de búsqueda	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
1	<i>(Heart transplant) AND (process) NOT “pediatrics” [Mesh]</i>	255	3
2	<i>((Transplanted heart patients) AND cares) AND psychologists</i>	24	1
3	<i>(“Heart Transplantation”[Majr]) AND “Nursing Care”[Mesh]</i>	4	0
4	<i>Transplanted heart patients AND psychological care</i>	10	1
5	<i>((Transplanted heart patients) AND adults) AND psychological help</i>	1	0
6	<i>((“Heart Transplantation”[Majr]) AND “Quality of Life”[Mesh]) AND “Nursing”[Mesh]</i>	12	2
7	<i>((“Heart Transplantation”[Majr]) AND “Quality of Life”[Mesh])</i>	51	15
8	<i>(“Heart Transplantation”[Majr]) AND “Perception”[Mesh]</i>	2	0
	<b>TOTAL</b>	<b>359</b>	<b>22</b>

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 2. Proceso de búsqueda realizado en Lilacs.

Nº de búsqueda	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
1	<i>(Corazón) AND (Trasplante) AND (Psicosocial)</i>	2	0
2	<i>(Trasplante cardíaco) AND (Cuidados de enfermería) AND (Calidad de vida)</i>	3	0
3	<i>(Trasplante de corazón) AND (Calidad de vida) AND (Cuidados psicosociales)</i>	1	0
	<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 3. Proceso de búsqueda realizado en Cuiden.

Nº de búsqueda	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
1	<i>(Corazón) AND (Trasplante)</i>	64	7
2	<i>(Corazón) AND (Trasplante) AND (Calidad de vida)</i>	3	1 repetido
	<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>7</b>

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 4. Proceso de búsqueda realizado en Scielo.

Nº de búsqueda	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
1	<i>(Trasplante cardíaco) AND (Cuidados)</i>	7	0
2	<i>(Trasplante) AND (Corazón) NOT “Pediátrico”</i>	52	7
3	<i>(Cuestionario) AND (SF-36)</i>	220	1
	TOTAL	59	8

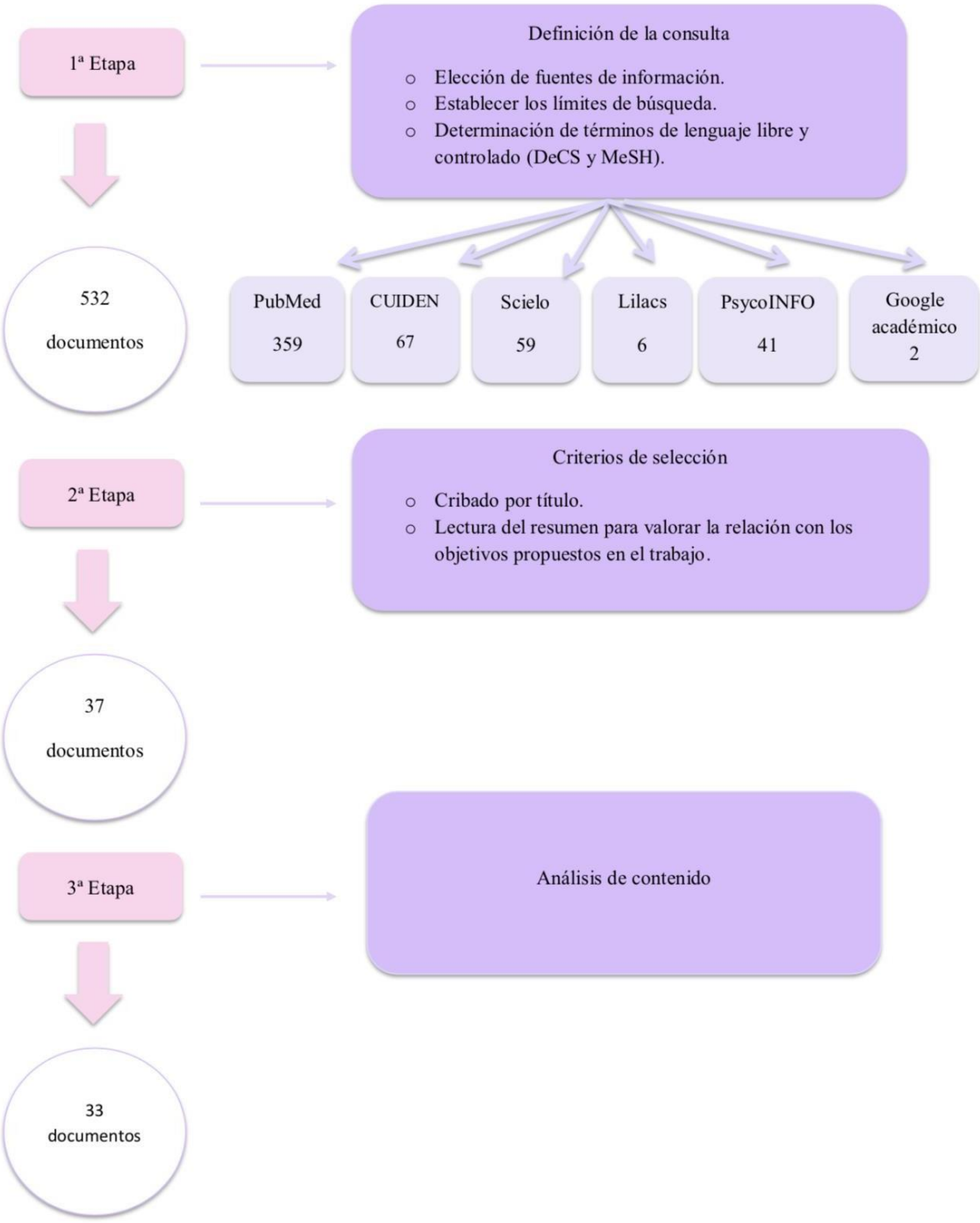
Fuente. Elaboración propia.

Tabla 5. Proceso de búsqueda en PsycINFO.

Nº de búsqueda	Sentencia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
1	<i>(Heart transplant) AND (Quality of life)</i>	36	2 repetidos
2	<i>(Heart transplantation) AND (Nursing cares) NOT (pediatric)</i>	4	0
3	<i>(Heart transplantation) AND (Psychological care) NOT (Pediatric)</i>	1	0
	TOTAL	41	0

Fuente. Elaboración propia.

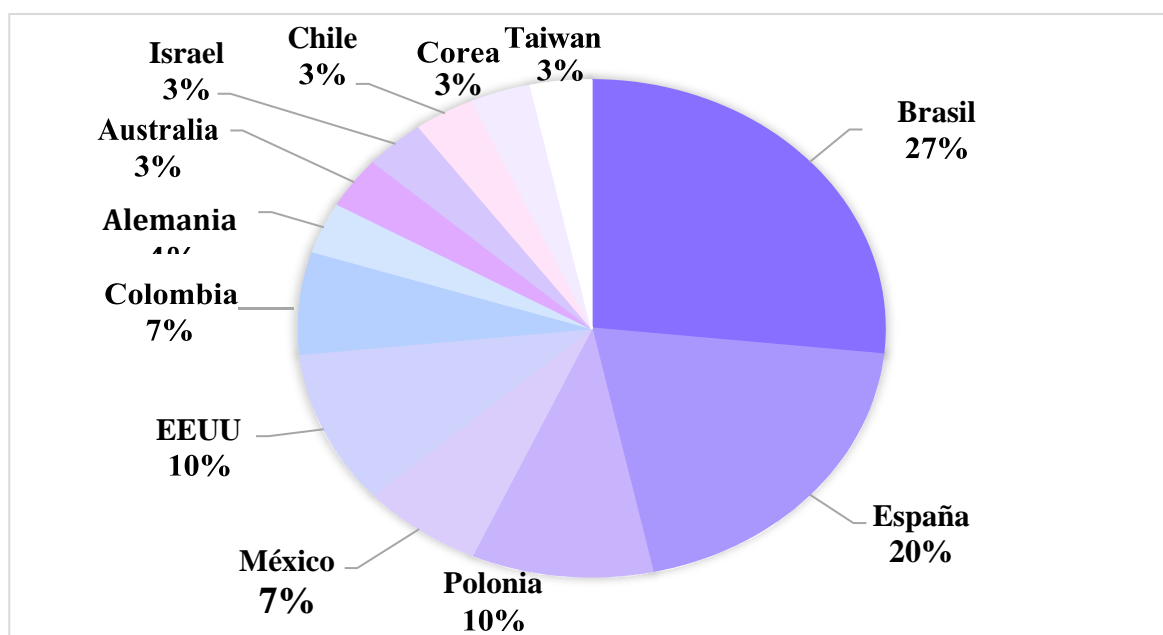
Figura 2. Flujograma de la búsqueda bibliográfica.



## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De un total de 532 artículos se seleccionaron 33 (Anexo 2). Un porcentaje elevado de los mismos habían sido realizados en Latinoamérica y la gran mayoría concretamente en Brasil. A pesar de ello el 18% de los estudios y revisiones seleccionadas fueron realizados en España (Gráfico 4).

Gráfico 4. Clasificación de los artículos seleccionados según el lugar de publicación.



Respecto a los tipos de artículos seleccionados, los estudios cualitativos (30%) y los estudios descriptivos transversales (22%) han supuesto el 52% del total de artículos. Los siguen las revisiones narrativas con un 15% del total. Por último, de manera minoritaria, se han encontrado un 3% de estudios de cohortes, un 3% de estudios retrospectivos y un 3% de estudios de casos.

Los principales temas recogidos en dichos estudios se han clasificado en las siguientes categorías:

1. Factores físicos que influyen en la calidad de vida del paciente trasplantado de corazón.
2. Factores psicosociales que intervienen en la percepción de calidad de vida del paciente trasplantado cardiaco.
3. Valoración de la calidad de vida en el paciente trasplantado cardiaco.
4. Cuidados del paciente trasplantado cardiaco.



## 1. Factores físicos influyentes en la calidad de vida del paciente trasplantado de corazón

Actualmente la tasa de supervivencia de los pacientes trasplantados cardíacos es muy alta, sobre todo si se compara con la esperanza de vida de los pacientes con ICC terminal. Esto se debe a las nuevas pautas de inmunosupresores y a la personalización de los tratamientos, gracias a los que se consigue disminuir los casos de rechazo y los efectos adversos (8).

En este momento nos encontramos ante una situación crítica, debido al envejecimiento de la población, que produce un aumento de las personas que necesitan un trasplante, y la escasez de donantes válidos. A raíz de este problema, Fernán *et al* y Hinojosa *et al* (4,18) comentan que es necesario que se lleve a cabo una evaluación que incluya o excluya a los receptores potenciales de la lista de espera, con el fin de maximizar la tasa de éxito. La máxima compatibilidad entre receptor y donante es de gran importancia para conseguir los mejores resultados.

La condición física que presentan los pacientes antes de ser trasplantados afecta a su evolución tras él; por lo tanto, será un factor muy significativo a la hora de determinar la percepción sobre su calidad de vida. Por ello, es de vital importancia conocer la historia clínica personal de cada paciente, el desarrollo de su enfermedad y su capacidad de adaptación a los distintos cambios que tendrán lugar en su cuerpo tras la intervención, y que, por lo tanto, afectarán a su capacidad de realizar sus actividades cotidianas.

Tanto en la revisión bibliográfica de Fernán *et al* (4) como en investigación cualitativa de Hinojosa *et al* (18) se defiende que existen una serie de condiciones que aumentan el riesgo de morbilidad posterior al trasplante, estas se deben tener en cuenta a la hora de incluir a los posibles receptores en la lista de trasplantes. Por otra parte, los donantes también deben cumplir una serie de criterios, y solo el 30% de los donantes iniciales o potenciales acaban siendo donantes reales. Para ello se lleva a cabo una valoración general y una más específica (Tabla 6) (4).

Tabla 6. Factores físicos principales del donante y del receptor que condicionan el éxito del trasplante.

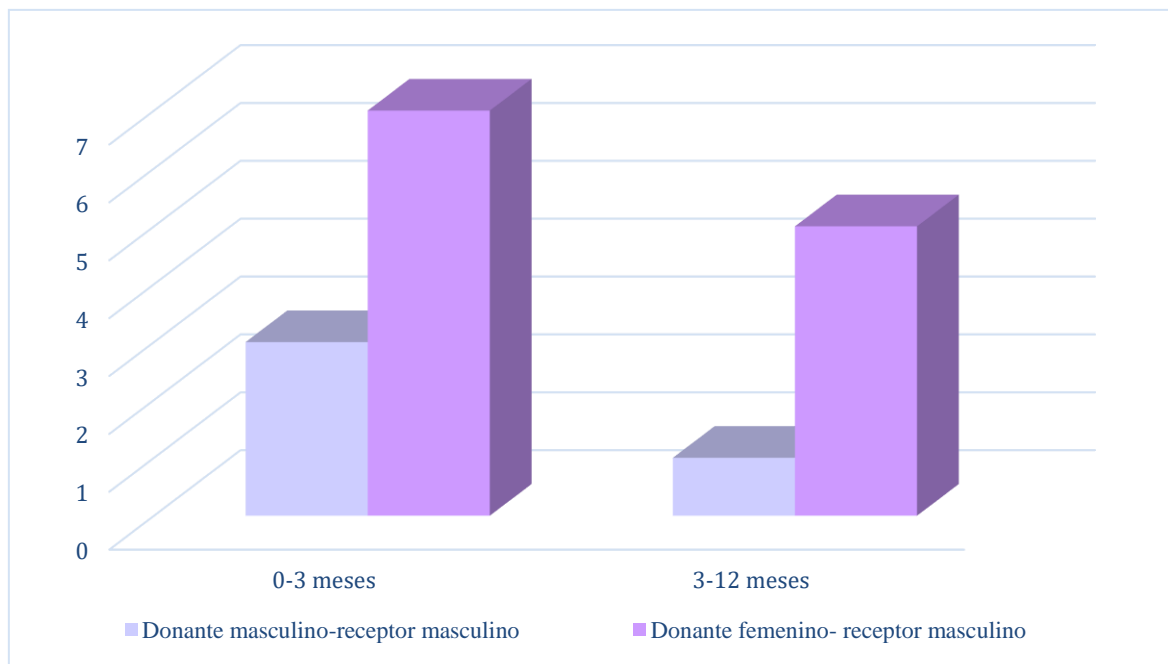
DONANTE	RECEPTOR
Presencia de hábitos tóxicos.	
Proporción de peso donante/receptor > 25kg.	
Serología viral, presentar una infección o un proceso oncológico activo.	
Desajuste de género	
Antecedentes personales (factores de riesgo cardiovascular y características hemodinámicas)	Enfermedades concomitantes.
Edad > 40 años.	Edad avanzada.
Diferentes causas de muerte encefálica.	Aspectos psicosociales que condicionen la adherencia al tratamiento.
Haber sufrido una parada cardiorrespiratoria.	
Haber padecido un traumatismo torácico.	
Alteraciones en el funcionamiento cardíaco.	

Fuente. Elaboración propia (4, 18, 19).

Se observó que las características referentes al donante condicionaban considerablemente el desarrollo posterior del trasplante, por ello se consideró necesario la creación del término “*donante subóptimo*”. Hinojosa *et al* (18) lo definen como aquel que no presenta las características que permiten realizar un trasplante en condiciones “*ideales*” y, por lo tanto, aumentan el riesgo de fracaso del mismo. Recibir un corazón de un donante subóptimo afecta directamente sobre la CVRS de estos pacientes debido al aumento de la probabilidad de sufrir complicaciones postrasplantes.

Peled *et al* (19), es el único autor que identificó el desajuste de género como uno de los factores que influye en mayor medida sobre la aparición de complicaciones, sobre todo el rechazo a largo plazo. Las tasas de rechazo temprano son significativamente mayores en los grupos de trasplante mujer donante y hombre receptor (Gráfico 4). Al evaluar las tasas de rechazo se demuestra que los receptores masculinos, que reciben corazones femeninos, tienen una tasa de rechazo casi tres veces mayor que los que reciben uno de donante masculino. La insuficiencia cardíaca fue más frecuente en este grupo, seguida del infarto agudo de miocardio y el desarrollo de insuficiencia renal.

Gráfico 4. Tasas de rechazo temprano según el desajuste de género



Fuente. Elaboración propia. (19)

Los receptores de corazones femeninos experimentan, con mayor frecuencia, episodios de rechazo durante los primeros 3 meses posteriores al trasplante. Esto se debe a que el órgano donante femenino tiene mayor antigenicidad, lo que conduce a rechazos agudos y crónicos. Cabe añadir que la menor proporción de antígenos de histocompatibilidad existentes en el cromosoma “Y” y el desarrollo de anticuerpos durante el embarazo, pueden predisponer a los hombres que reciben un órgano de un donante femenino a una mayor incidencia de rechazo. Así se ha demostrado que los hombres que reciben un corazón que proviene de una mujer tienen una menor supervivencia a largo plazo (19).

Araújo da Silva *et al* (9), recalcan la influencia de la estancia hospitalaria postquirúrgica en los pacientes, ya que el 54% se encuentran ingresados un promedio de 10 a 30 días en el hospital; la estancia hospitalaria prolongada afecta negativamente sobre la recuperación de estos pacientes y obstaculiza la reanudación de su adaptación física diaria.

Una de las complicaciones que más afecta a la CVRS de los pacientes trasplantados es la disminución de capacidad de realizar actividad física. Anderson *et al* (20) afirman que ésta influye directamente sobre su autonomía y capacidad de realizar las ABVD. La función respiratoria en los pacientes cardíacos mejora tras el trasplante, aunque se mantiene disminuida; presentan cambios en la estructura y tono de los músculos esqueléticos, debido al tratamiento inmunosupresor y al reposo que deben mantener tras la operación. Su máxima capacidad de ejercicio la alcanzan a los 2 años tras la operación.

Diversos estudios (20-22), concluyen que la actividad física está asociada a una mayor supervivencia de la población, mientras que la inactividad supone el 9% de la mortalidad prematura en el mundo, por lo que se puede considerar como un factor de riesgo similar al tabaquismo y la obesidad. Estos efectos se encuentran igualmente en la población que ha sido trasplantada del corazón.

Con los años, la edad de los pacientes trasplantados ha ido ascendiendo y eso ha influido negativamente en su recuperación.

Por lo cual, es vital que estos pacientes realicen un programa de rehabilitación cardíaca para recuperar sus capacidades plenas. Estos programas incluyen ejercicio físico, manejo de riesgos, educación en estilo de vida saludable, cambio de comportamiento, soporte emocional y estrategias dirigidas a disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. (20)

El consumo máximo de oxígeno o  $\text{VO}_2$  peak se utiliza para medir la capacidad cardiopulmonar; Yardley *et al* (21) lo consideran un valor con una gran capacidad de predicción de la supervivencia de los pacientes trasplantados de corazón. Se ha demostrado que el ejercicio aeróbico es el que tiene mayor efecto positivo sobre los valores de  $\text{VO}_2$  peak. El estudio de Chen *et al* (22) relacionan el  $\text{VO}_2$  peak con el índice de masa corporal (IMC), de tal forma que los pacientes que sufren obesidad obtienen valores más bajos de  $\text{VO}_2$  peak y, por tanto, peor pronóstico y menor calidad de vida asociada a una mayor dependencia. Dada la importancia de la capacidad física en la calidad de vida de estos pacientes, se han incorporado pruebas de ejercicio como parte de su seguimiento anual.

La incorporación de estilos de vida saludables y la realización de ejercicio físico forma parte del tratamiento de los mismos, ya que se ha evidenciado que solo unos pocos pacientes trasplantados cuidan su salud antes del trasplante, la mayoría lo hacían de forma ocasional.

Sin embargo, tras el trasplante, todos tratan de incorporar estilos de vida saludables lo más fielmente que pueden, pretenden hacer todo lo que esté en su mano para conservar este nuevo órgano que han recibido, además abandonan los hábitos tóxicos que pudieran tener anteriormente como son el consumo de tabaco y alcohol. Llegando a tener la sensación de ser esclavos de su estado de salud (10, 23).

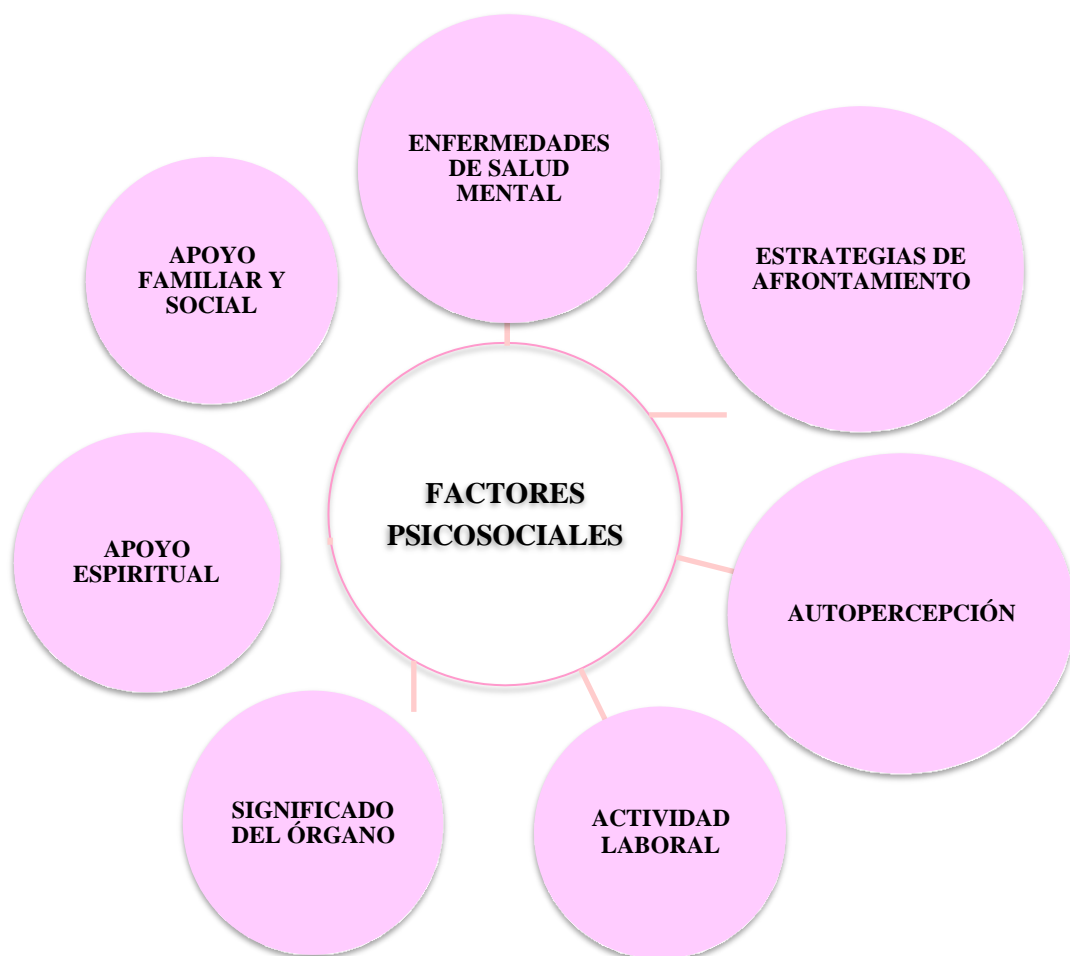
## **2. Factores psicosociales que intervienen en la percepción de calidad de vida del paciente trasplantado cardíaco**

Las personas somos seres holísticos y, por lo tanto, las complicaciones que sufren los pacientes trasplantados cardíacos son multifactoriales. A menudo, se sienten insatisfechos y limitados con su nueva vida tras el trasplante y, por tanto, necesitan una atención que incluya aspectos psicosociales para que puedan adaptarse a los nuevos estilos de vida que requiere su estado de salud. En este sentido, varios estudios (9, 24) realizan hincapié en la mejora de la calidad de vida de los pacientes respecto a la que tenían antes del trasplante.

Para conseguir este cambio notorio en su calidad de vida, Ayerra *et al* y Cunha *et al* (25-26) explican que los pacientes de la lista de espera deben someterse a un proceso de evaluación, el cual permitirá determinar quiénes van a beneficiarse más de este tratamiento. Esta evaluación no pretende excluir a los candidatos, sino identificar a aquellos pacientes que necesitan orientación o intervención psicológica y física para mejorar su calidad de vida antes y después del trasplante.

Según se refleja en la figura 3, la calidad de vida de estos pacientes va a estar condicionada, en gran parte, por diversos factores de tipo psicosocial.

Figura 3. Factores psicosociales que influyen en la calidad de vida del paciente trasplantado cardiaco.



- **Enfermedades de salud mental**

Los pacientes trasplantados de corazón presentan con frecuencia algunas alteraciones mentales que afectan directamente a su calidad de vida. Entre ellas destacan la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático y algunos problemas de comportamiento. Esto se debe principalmente al hecho de que su supervivencia depende únicamente de conseguir un corazón compatible; el miedo al tratamiento, a los problemas económicos y a los efectos negativos que puede tener la situación sobre su familia pueden provocar ansiedad, que cuando se mantiene en el tiempo acaba derivando en depresión. Esta es una de las enfermedades psiquiátricas más comunes, en ocasiones está provocado, a su vez, por encontrarse en la lista de espera durante tiempo prolongado, ya que son conscientes del elevado riesgo de muerte que tienen si no se les realiza la intervención (5, 25).

En este sentido, en el estudio realizado por Ríos–Martínez *et al* (5), se resalta que el 20% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares sufren enfermedades de salud mental de manera concomitante, elevando así las tasas de morbilidad, llegando a doblar el riesgo de muerte y empeorando considerablemente su calidad de vida, lo que se mantiene después del trasplante.

Concretamente, los pacientes trasplantados sufren estos trastornos en un 17% de los casos, en su gran mayoría aparecen debido a que las expectativas del trasplante son muy optimistas, y luego no se ajustan a la realidad; o debido a las preocupaciones por el cuerpo y síntomas físicos funcionales. El gran problema radica en el infradiagnóstico de estas enfermedades, las cuales se relegan a un segundo plano debido a la situación de inestabilidad provocada por su patología base (26, 27).

Peled *et al* y Grady *et al* (19, 28) son los únicos autores que han investigado estos problemas, centrándose en las diferencias en función del género. Señalan que la prevalencia de estas enfermedades de salud mental varía en función del sexo, de tal forma que las mujeres padecen un mayor número de enfermedades de salud mental después del trasplante; presentan mayores niveles de estrés y una mayor tendencia a sufrir depresión. No obstante, las tasas de depresión en la población femenina general son más elevadas que en los hombres, por lo que este dato no es realmente significativo.

Por otro lado, los hombres presentan un mayor interés por su salud física, aunque a su vez rechazan el tratamiento por los efectos secundarios y son más reticentes a pedir ayuda psicológica cuando la precisan, por lo que es más difícil diagnosticar estas enfermedades en este grupo poblacional. En la mayoría de los casos, la estigmatización de las enfermedades de salud mental impide a los pacientes pedir ayuda o continuar con la terapia, que ya han comenzado, el tiempo necesario para obtener cambios (5, 26, 28).

- **Estrategias de afrontamiento**

Para disminuir los niveles de depresión, ansiedad y estrés y para mejorar la percepción de calidad de vida de estos pacientes, se utilizan estrategias de afrontamiento. Bérnago *et al* y Díaz *et al* (27, 29) determinan que los principales recursos de afrontamiento son el optimismo (psicología positiva), el sentimiento de utilidad (autonomía, vida laboral...), el autocontrol, la autoestima (corporeidad), el sentido común y focalizar la atención en el problema real; de manera que aquellas personas que tengan y empleen adecuadamente estos recursos tendrán una mejor calidad de vida percibida.

Por ello, es necesario desarrollar métodos que faciliten la mejora de estrategias de afrontamiento, uno de estos es la creación de grupos de cuidado ya que permiten a los pacientes trasplantados ponerse en contacto con otras personas que se encuentran en su misma situación, compartiendo sus estrategias de afrontamiento y desarrollando otras nuevas (27).

Para valorar la capacidad de desarrollar recursos de afrontamiento Milaniak *et al* (30) explican que se debe realizar un análisis de los mismos, así como de los distintos moderadores de estrés de los pacientes, para que así los puedan aplicar a una situación de salud complicada como es el trasplante de corazón.

A su vez, Bérnago *et al* y Palmar *et al* (27, 31) indican que las personas de edad avanzada presentan mejores estrategias de afrontamiento, ya que se apoyan a menudo en la religión y en los pensamientos positivos, idealizan a los donantes a pesar de no conocerlos ni saber nada acerca de ellos y se imaginan cómo son atribuyéndoles características que les resultan familiares y positivas. Estos hechos les ayudan en la nueva etapa en la cual tratan de integrar el órgano como propio.



- **Apoyo social y familiar**

Diversos autores (11, 25) determinan que el apoyo social y familiar es uno de los más influyentes a la hora de conseguir una rápida recuperación, ya que sin él estos pacientes presentan menor capacidad de afrontamiento y tienen más riesgo de sufrir trastornos psicológicos. De esta forma, uno de los cambios más duros que sufren tras el trasplante es el aislamiento, ya que deben limitar el contacto físico al mínimo para evitar posibles infecciones, debido a la terapia inmunosupresora.

Por su parte, Cunha *et al* (26) afirman que el apoyo social es el factor que afecta en mayor medida a la adherencia terapéutica de los pacientes, este está formado por los cuidadores, principalmente familiares, las organizaciones no gubernamentales y el sistema sanitario. Por consiguiente, se debe prestar una asistencia que incluya a la familia para evitar la sobrecarga del rol del cuidador y el estrés que esto conlleva.

- **Actividad laboral**

Varios autores (11, 25) concluyen también que, además de un apoyo social y familiar, estos pacientes necesitan desarrollar una actividad laboral. Para ello, deben recuperar su nivel de autonomía; lo cual implica reincorporarse a la vida laboral, sobre todo si ésta era activa anteriormente. Los resultados de una investigación cualitativa descriptiva realizada en Brasil (11), confirman que solo un 45% de los pacientes trasplantados son capaces de volver al trabajo, y de ellos, solo un 13% tuvieron que cambiar de empleo. Ésta podría ser una solución para aquellas personas cuyo trabajo anterior requería una condición física que actualmente no poseen.

- **Apoyo espiritual**

Solar *et al* (32) diferencian tres criterios que intervienen en la donación de órganos: la religión, un buen sistema de información y la formación de los profesionales de la salud, ya que la información que aporten a los donantes y sus familias afectará en gran medida en su decisión final. Además, otros autores (11, 24) añaden que en los pacientes trasplantados el apoyo espiritual es considerado como uno de los recursos que más influyen en una recuperación temprana. Para ellos la muerte es algo cercano ya que, al haber tenido un diagnóstico terminal, durante mucho tiempo fue una posibilidad de futuro. Debatir sobre el significado que atribuyen a lo que les rodea, les permite conocerse más y descubrir el significado que están dando a la nueva situación por la que están pasando.

Los pacientes que se encuentran en la lista de espera utilizan la espiritualidad y la religión como apoyo ante la incertidumbre de no saber cuándo recibirán el trasplante; este soporte continuará siendo un pilar fundamental durante el resto de sus vidas. Los receptores ven el trasplante como una oportunidad para volver a estar vivos (11).

- **Significado del órgano**

En varios estudios (5, 33), exponen que el trasplante de corazón se diferencia de los demás trasplantes por el significado que le dan a este órgano, la sociedad y los receptores. El corazón es tradicionalmente visto como el alma, ya que la presencia de la vida se siente a través del latido del corazón; a menudo se asocia con la localización de las emociones provocando, por tanto, una gran implicación sentimental en el receptor. Estos deben manejar un conflicto interno ya que, por un lado, pierden su corazón, con todo el simbolismo que tienen asociado a él, y por otro aceptan el corazón de un donante extraño.

Por otra parte, Ayerra *et al* y Fuica *et al* (25, 34) analizan lo que llamaron la “culpa del superviviente”, para poder realizar un trasplante de corazón el donante ha tenido que fallecer previamente y esto genera en el receptor este sentimiento; se sienten culpables de estar vivos gracias a la muerte de otra persona. Viven con un sentimiento de inquietud e inseguridad constante al portar un órgano ajeno, tienen miedo al rechazo y a la procedencia del órgano, piensan que si el donante murió con ese corazón ellos también lo harán. Así, los receptores desarrollan sus propios métodos de aceptación escribiendo cartas de agradecimiento al donante y a su familia; encendiendo velas por él y convirtiéndose en donantes de órganos, para continuar la “cadena de favores” que les ha dado una segunda oportunidad.

Si atendemos al concepto de trasplante de Sharp (34) como una experiencia transferencial, entenderemos que el órgano donado se transforma en un hilo conector entre el donante y el receptor, un medio a través del cual el donante sigue vivo. Esto hace que algunos de los receptores se atribuyan como propios rasgos de la personalidad del donante e incluso que hablen con él a través del órgano donado, en este caso el corazón.

Palmar *et al* (31), escogen a Zubiri para definir la corporeidad como "*la vivenciación del hacer, sentir, pensar y querer*". Esta definición contempla una visión holística y subjetiva del ser humano, incluyendo la identidad propia de cada persona. Según Barros *et al* (24), cada paciente atribuye un significado distinto a la situación que está viviendo, lo que está influenciado por el contexto en el que vive (experiencias, creencias, valores, cultura etc.). Sin embargo, todos ellos refieren tener una visión distinta del mundo a la que tenían antes del trasplante.

- **Autopercepción**

El estudio realizado por Palmar *et al* (31) reconoce que el paciente trasplantado cardiaco sufre un cambio en su auto-percepción, uno de los más llamativos es la transferencia de características de la personalidad del donante al receptor; esta transmisión se produce de forma bidireccional, de tal forma que a la vez que el receptor acepta como propias características del donante también le asigna a él las suyas. Sin embargo, no se tienen datos específicos de la opinión aislada de la autopercepción de los receptores. Conocer el pensamiento del receptor sobre el donante es de gran utilidad para la preparación y el abordaje terapéutico de estos pacientes, centrando las intervenciones en la aceptación del órgano trasplantado a medio y largo plazo.

### **3. Valoración de la calidad de vida en el paciente trasplantado cardíaco**

Para valorar la efectividad del trasplante cardiaco y cómo este afecta a la CVRS, se debe llevar a cabo una evaluación de la calidad de vida percibida por el paciente, antes y después del trasplante. Para ello, es necesario en primer lugar, realizar una valoración de la calidad de vida de los pacientes con ICC, así se podrá comparar ésta con la que se realice después del trasplante.

Para valorar la calidad de vida en pacientes con ICC, Monteiro *et al* (35) destacan la relevancia que tienen en esta valoración los ingresos hospitalarios, la capacidad de realizar las ABVD y, por lo tanto, el grado de disnea; el estado civil y los apoyos familiares con los que cuentan. Como ya se ha mencionado anteriormente, es muy importante para estos pacientes el apoyo social, ya que supone el principal soporte a la hora de realizar su autocuidado, desarrollar su autonomía y adaptarse a su nueva situación de salud.

Una vez determinada y recogida la valoración anterior al trasplante, se debe contrastar con la posterior. Para ello se utilizan cuestionarios que permiten cuantificar la percepción que tiene el paciente de su salud antes y después de este procedimiento.

Uno de los más utilizados, según Yardley *et al* (21) es el SF-36. Este es muy sencillo de utilizar, y, además, se considera una herramienta excelente para predecir la supervivencia a largo plazo de este tipo de pacientes. Otros autores, como Conway *et al* (36), también han utilizado en sus estudios diversos cuestionarios como el HRQoL o el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). Por otra parte, debido a los problemas psicosociales que presentan estos pacientes y a cómo estos afectan a su calidad de vida, estos autores proponen la utilización de cuestionarios específicos que valoren la salud mental de los mismos. Entre ellos destacan algunos que presentan un alto grado de sensibilidad en su aplicación a pacientes con enfermedades de salud mental concomitantes, como son el “*Generalized anxiety disorder*”, válido para detectar estrés postraumático, y el “*Pathient health questionnaire*” (PHQ-2), que es válido para diagnosticar ansiedad y depresión y, por último, uno de los más utilizados en estos pacientes para diagnosticar la depresión, el “*Beck Depression Inventory for prevalence of depression*”, llamado comúnmente como cuestionario de Beck (Anexo 3) (36).

Finalmente, hay que destacar el cuestionario que Flynn *et al* (37) utilizan en el estudio llevado a cabo con pacientes trasplantados. Se denomina *PROMIS* (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System) y, en relación con el mismo, los autores mencionan la alta sensibilidad que presenta para valorar los cambios que se producen antes y después del trasplante cardíaco y resaltan que permite una mejora en la evaluación de la CVRS porque en función de las respuestas de los pacientes, los deriva a la realización de otros cuestionarios o subescalas. Incluye cuatro categorías generales (el funcionamiento físico, la fatiga, la satisfacción con actividades sociales y la depresión) y tres subescalas (KCCQ, SF 36 y PHQ- 2). De este modo, se irán reorientando la valoración en los distintos subapartados en función de las necesidades puntuales de cada paciente.

- **Percepción de los pacientes sobre su calidad de vida**

Tras analizar los resultados obtenidos al aplicar cuestionarios de calidad de vida, diferentes autores (23, 24, 32, 38) han identificado factores que condicionan la percepción que tienen estos pacientes sobre la misma.

Milaniak *et al* (38) resaltan en su estudio que las expectativas que tiene el paciente de poder llevar una vida normal, tras el trasplante, influyen en la percepción posterior. Comentan que uno de los motivos determinantes a la hora de que los pacientes con ICC decidan someterse a dicha intervención es el deseo de poder llevar a cabo una vida sin limitaciones, similar a la de cualquier persona que no se vea incapacitada por su estado de salud; pero realmente lo que van a conseguir es transformar una enfermedad terminal en una enfermedad crónica, lo que puede chocar con las expectativas mencionadas anteriormente.

No obstante, Araújo *et al* (33) señalan que las transformaciones resultantes del TC son descritas por todos los participantes como una experiencia donde uno recupera la vida. Algunos piensan que han recuperado su salud, a pesar de ser conscientes de que tendrán que enfrentarse a un tratamiento estricto durante el resto de su vida, aunque los sentimientos son ambiguos ya que las personas están enfermas y sanas al mismo tiempo porque, para casi todos, la vida ha vuelto a la normalidad. En el mismo sentido, en otro estudio (32) resaltan que los pacientes consideran que han recuperado la vida por las pequeñas modificaciones que se producen en todos los ámbitos de la misma, incluidas aquellas que consideramos más sencillas y necesarias para vivir como caminar, respirar y hablar.

Por otra parte, se deben tener en cuenta otros factores que influyen positiva o negativamente, como son la percepción sobre su propia salud y sobre su entorno, así como los valores y recursos personales. En general, se observa que las personas optimistas, coherentes, con estrategias de afrontamiento activo y autoeficacia, obtienen valores más altos en los cuestionarios sobre calidad de vida; mientras que las que se caracterizan por la desconexión conductual o la autoculpa presentan unos valores inferiores (38).

Asimismo, otros autores (23, 24, 33) destacan que uno de los aspectos que más afecta a la percepción de la calidad de vida de los pacientes trasplantados, son los cambios en la alimentación; tomar alimentos nuevos y dejar de tomar otros tantos provoca en ellos una sensación de estrés y ansiedad que repercute negativamente en su recuperación. A su vez, otros factores que influyen de manera positiva son el hecho de que después del trasplante la mayoría abandonan hábitos tóxicos como fumar y beber alcohol; así como la reinserción laboral, ya que es importante para ellos recuperar un lugar en la sociedad, y sentirse respetados y autorrealizados.

Otros autores, como Díaz *et al* (29), señalan que la calidad de vida también se ve modificada en función de las condiciones en las que se lleva a cabo el trasplante, ya que será diferente la adaptación en aquellos que deben trasplantarse de forma urgente frente a los programados. Generalmente, los pacientes que son trasplantados de forma urgente suelen ser jóvenes y en mayor proporción diabéticos y fumadores, además la causa del trasplante es una enfermedad isquémica aguda. El trasplante para ellos supone una discapacidad, se ven limitados en actividades que antes realizaban sin esfuerzo alguno; así que presentan una mayor dificultad a la hora de adaptarse a esta nueva situación y por lo tanto el trasplante influirá “de forma negativa” en su calidad de vida.

En el mismo sentido, Fernández-Feito *et al* (39) resaltan que el trasplante cardíaco para estos pacientes supone una fractura biográfica, ya que tienen planes de vida y de futuro que deben paralizarse durante el proceso del trasplante y que se ven modificados tras él, es decir, existe una limitación temporal importante. Lo que más les preocupa es el futuro, no poder planificar nada con antelación ni pensar en lo venidero. Para superar esta angustia vital suelen apoyarse en la familia, ya que esta es una constante que estará mantenida en el tiempo, sea lo que sea lo que les depare el futuro.

Por otra parte, señalan que todos los seres humanos tienen potencialidad o habilidades que se pueden desarrollar o no dependiendo de las circunstancias en las que se encuentren, esta es una de las premisas en las que se deben basar estos pacientes para avanzar en su nueva vida. Los individuos pueden reaccionar de muchas maneras frente a las adversidades, solo tienen que elegir la adecuada para poder volver a construir su nuevo camino (39).

#### 4. Cuidados del paciente trasplantado

El profesional sanitario idóneo para encargarse del trasplante de órganos sólidos, debe tener estrategias de motivación y habilidades de comunicación. Es importante que tenga claros una serie de conceptos y reciba una educación específica en este ámbito, para poder realizar una adecuada educación para la salud a la población general, ya que estos son donantes y receptores potenciales de órganos (32).

Los profesionales sanitarios deben iniciar la atención en el momento en el que se selecciona el donante y el receptor, esta se continuará durante el resto de la vida del receptor; incluyendo la preparación, el implante del órgano, el cuidado en áreas críticas, de hospitalización, el alta y seguimiento, todas las fases son importantes para el cuidado de estas personas. El equipo de enfermería, a través de la observación directa y el cuidado continuo, tiene la capacidad de detectar posibles complicaciones, y solucionarlas gracias a programas de prevención (9, 40).

- **Postoperatorio inmediato**

La enfermería es una disciplina que va más allá de realizar unos procedimientos concretos; estos profesionales deben prestar una atención holística e individualizada a cada paciente, permitiendo descubrir las fortalezas y debilidades de los mismos y empoderarles, aportándoles la información necesaria para gestionar su estado de salud (24).

Por ello, el proceso debe iniciarse mediante la realización de una valoración completa. Parra (40) utiliza el modelo de las necesidades de Virginia Henderson para llevar a cabo dicha valoración y determinar cuáles de estos ámbitos se ven modificados en mayor grado y, por tanto, sobre los que se debe incidir en el plan de cuidados de enfermería. Según esta autora, las necesidades que requieren mayor atención son “*respirar normalmente*”, debido a los cambios en la mecánica respiratoria y circulatoria que implica la intervención; y “*seguridad y prevención de peligros*”, en lo referente a la prevención de las posibles complicaciones potenciales postrasplante. Resultados en los que coinciden con Rossi *et al* (41), que resaltan los patrones que tienen relación con las necesidades anteriormente mencionadas. Los cuidados a llevar a cabo para tratar los problemas de dependencia que presentan los pacientes, en esta etapa, en las necesidades prioritarias, se reflejan en el Anexo 4.

Continuando con los ámbitos más afectados tras el trasplante, Araújo *et al*, en su estudio cuantitativo realizado en Brasil (9), determinan que el 100% de los pacientes trasplantados de corazón presentan el diagnóstico de “*angustia espiritual*” o riesgo de la misma, por lo tanto, se debe realizar una valoración y un plan de cuidados que incluyan aspectos espirituales y religiosos. Por ello, la enfermera debe estar ahí para escuchar objetivamente y sin realizar juicios de valor sobre los pacientes, para poder conocer el significado que ellos le dan al corazón como símbolo y determinar si esto va a considerarse un factor estresante o protector y, en consecuencia, establecer un plan de actuación (24).

Se debe realizar un seguimiento multidisciplinar cercano, continuo y precoz para facilitar a los pacientes la comprensión de los factores que influyen en su enfermedad, permitiendo así que se adhieran mejor al tratamiento, se adapten mejor a su nueva situación y que la recuperación sea más rápida (35).

- **Postoperatorio tardío**

Respecto al postoperatorio tardío, Gonçalves de Vasconcelos *et al* y Araújo *et al* (9, 11) exponen cómo los pacientes trasplantados cardiacos deben realizar numerosos cambios en sus hábitos cotidianos, además de abandonar conductas tóxicas, como el consumo de tabaco y alcohol, para evitar posibles complicaciones, debido a que provocan un deterioro de la función miocárdica y agravan la disfunción ventricular. Además, Solar *et al* (32) inciden en la necesidad de un equipo multidisciplinar que permita la integración de los ámbitos administrativo, educacional y religioso, para disminuir los mitos respecto a la donación y proporcionar una información completa que les guíe en este proceso.

Es importante que los pacientes sean los propios protagonistas de su salud, sobre todo en el caso de los pacientes crónicos, donde los cuidados van a modificar sus hábitos diarios y, por lo tanto, va a afectar a la calidad de vida de los mismos. La enfermera es la encargada de guiar al paciente en esos cambios y ayudarle a realizar una adaptación progresiva y eficaz, para lo que es fundamental la educación para la salud, según afirman Barros *et al* y Monteiro *et al* (24, 35). Para lograr los objetivos de calidad de vida propuestos, a largo plazo, se deben conocer los factores que influyen en la situación de cada paciente y adaptar el tratamiento e intervenciones a los mismos.



Los profesionales de enfermería deben explicar e informar a los pacientes y sus familias sobre los cuidados específicos que van a requerir durante toda su vida, a raíz del trasplante; esto se realizará mediante la educación para la salud y la promoción de hábitos saludables. El cuidador principal será quién se responsabilice de los cuidados directos del paciente y, por lo tanto, también debe ser objeto de la atención enfermera previniendo la aparición del cansancio del rol del cuidador (42).

Dada la complejidad que implica todo el proceso del trasplante, Pinheiro de Mattos *et al* (42) insisten en la relevancia que tiene incluir a los familiares, ya que el receptor no es el único que sufre cambios en su estilo de vida, sino que también se producen alteraciones a nivel de la dinámica familiar.

Tras el trasplante la rutina familiar se rompe, pues la persona trasplantada necesita cuidados. El éxito del trasplante es directamente proporcional a la situación ambiental y emocional en la que se encuentre el paciente, al igual que los cuidados que este reciba en casa tras la intervención y el alta. Esta atención absorbe la mayoría del tiempo de los demás miembros, provocando que se realicen ajustes tanto financieros como emocionales y, en algunos casos, que no puedan avanzar a nivel personal llegando incluso a anular sus proyectos de vida (42).

Por último, como ya se ha comentado en anteriores apartados, un gran porcentaje de estos pacientes además sufren depresión. Esta está asociada a un menor grado de actividad física y a unas menores tasas de adherencia terapéutica (34). En relación esto, Conway *et al* (43), tras realizar su ensayo piloto aleatorizado, demostraron que en este tipo de pacientes son más útiles las intervenciones breves dirigidas por enfermeras para mejorar los resultados psicológicos, ya que los procesos muy largos les resultan tediosos y terminan por abandonar a la mitad. Por otra parte, Kugler *et al* (44) resaltan que las intervenciones telefónicas dirigidas no son efectivas y no tienen una buena acogida en estos pacientes (Anexo 5).

## CONCLUSIONES

El trasplante cardiaco es una intervención de gran complejidad que aumenta la esperanza de vida y mejora el pronóstico de aquellos pacientes que padecen una enfermedad cardiaca terminal. No obstante, su calidad de vida se verá afectada por los cambios físicos y psicosociales que aparecen a raíz de la intervención.

Entre los factores físicos que influyen en la evolución posterior del paciente trasplantado, uno de los más significativos es el tipo de donante, ya que se generan más complicaciones cuando este tiene una edad avanzada, enfermedades previas, presenta una diferencia importante de peso con el receptor o existe desajuste de género.

La principal complicación que preocupa a estos pacientes es el rechazo del órgano trasplantado, esta se evita a través del tratamiento inmunosupresor que, a su vez, se asocia con otras diferentes; entre ellas destacan la infección, la diabetes mellitus de novo, la hipertensión, las neoplasias, la dislipemia etc. Sin embargo, otras complicaciones como el agotamiento están relacionadas con la descoordinación con el nuevo órgano. La aparición de estas complicaciones empeorará el pronóstico de estos pacientes.

Por otra parte, existen diversos factores psicosociales que afectan en mayor medida a la calidad de vida de estos pacientes en la fase postoperatoria. Entre los que influyen negativamente, destacan los problemas de salud mental como la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático y los problemas de comportamiento.

Además, se ha demostrado que la presencia de estrategias de afrontamiento como el optimismo, el sentido común y centrar la atención en el problema, facilitan la pronta recuperación del paciente e influyen positivamente sobre la calidad de vida del mismo. Otro de los aspectos que mejora la situación de estos pacientes es el apoyo social y familiar, que se considera vital para mejorar la capacidad de afrontamiento de los mismos y disminuir en gran medida la aparición de enfermedades psiquiátricas.

Asimismo, la autorrealización o el sentimiento de utilidad es otro factor que aumenta la autonomía de estos pacientes y consigue que los mismos consideren su calidad de vida como buena. Por ello, es importante que los pacientes reanuden su vida laboral previa al trasplante de corazón.

Dado que algunos pacientes lo consideran el “alma” y lo relacionan directamente con las emociones y sentimientos, es importante explorar las creencias de los receptores y los sentimientos que les genera “llevar” un corazón que no es el suyo.

En este sentido, es necesario fomentar el apoyo espiritual, ya que muchos pacientes lo buscan para volver a encontrarse consigo mismos, tras haber recibido el nuevo órgano. Por lo tanto, es importante valorar este aspecto para obtener resultados fehacientes de la percepción de calidad de vida de estos pacientes

En relación a lo anterior, las enfermeras que atienden a estos pacientes deben tener en cuenta que la autopercepción es un factor determinante en la calidad de vida de estos pacientes. El cambio más significativo que se produce en este ámbito es la transferencia de características de la personalidad del donante al receptor y viceversa.

Igualmente es importante conocer las expectativas que tienen los pacientes, en relación con el trasplante, ya que en ocasiones deciden someterse al mismo para poder llevar a cabo una vida sin limitaciones. Sin embargo, con la intervención se transforma una enfermedad terminal en una crónica, lo que puede contribuir empeorar la percepción de su calidad de vida.

Por otra parte, el anuncio de la necesidad de realizar un trasplante cardíaco aparece en la vida de los pacientes y sus familias interrumpiendo sus planes de futuro, y después de haberse realizado éstos ya no vuelven a ser los mismos, afectando a su calidad de vida.

Para valorar la calidad de vida, a menudo se utilizan una serie de cuestionarios que tratan de evaluar todos los factores anteriormente mencionados. La enfermera debe contar con herramientas para recopilar los datos necesarios y hacer una buena valoración; por ello se debería utilizar el cuestionario SF-36, ya que tiene una gran capacidad para predecir la supervivencia a largo plazo además de ser muy sencillo de utilizar. Para realizar el cribado de las enfermedades de salud mental, en concreto la depresión, se recomienda el cuestionario de Beck.

El trasplante de corazón supone un cambio vital en la vida de los pacientes y sus familiares. Es imprescindible el apoyo continuo de los profesionales de enfermería durante todo el proceso de recuperación y de por vida.

La atención de enfermería posterior al trasplante se divide en dos etapas, el postoperatorio inmediato y tardío. En la primera fase, los cuidados irán enfocados principalmente a la recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica, de cara al alta en su domicilio. Más tarde, se focalizarán los cuidados en la recuperación a largo plazo y el mantenimiento del estado de salud utilizando principalmente la educación y la promoción de la salud. Por tanto, se ha concluido que los aspectos donde más se debe incidir es en la correcta alimentación, la reanudación de actividad física, el abandono de hábitos tóxicos, la correcta adherencia a la pauta de inmunosupresores y el aislamiento social.

### **LIMITACIONES**

No se han encontrado muchos estudios actuales que tengan en cuenta todos los aspectos de la vida de la persona para valorar su calidad de vida, por ello se ha tenido que ampliar la fecha límite de búsqueda. Además, gran parte de los artículos encontrados realizaron sus estudios en Brasil lo que dificulta generalizar los resultados. Las muestras de algunas de las investigaciones utilizadas para realizar el trabajo son reducidas, y en algunos casos ni si quiera se especifican, esto disminuye la validez de sus resultados

Los artículos encontrados trataban de aspectos concretos que influyen sobre la calidad de vida, pero no se encontró ninguno que relacionase todos estos aspectos y proporcionase una visión holística de la persona.

Otra limitación, es la falta de programas de educación para la salud dirigidos a los pacientes trasplantados de corazón. Muchos de ellos se centraban únicamente en el postoperatorio inmediato, dejando a un lado la prevención y promoción de la salud, tan importantes en el postoperatorio tardío de los pacientes.

### **FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Se sugiere la realización de investigaciones enfermeras enfocadas al análisis de los factores que influyen en la recuperación de los pacientes trasplantados cardíacos. Asimismo, sería conveniente la elaboración y validación de cuestionarios más específicos para el paciente trasplantado, de manera que se contemplen todos los factores que influyen en su calidad de vida para poder hacer una valoración más completa y eficaz.

La influencia de género en la compatibilidad y posibilidad de rechazo en estos pacientes ha sido estudiada únicamente por un autor, por ello sería oportuno la realización de más estudios en este campo, desde el punto de vista de enfermería, para orientar los cuidados a la prevención de complicaciones como el rechazo, además de contrastar la validez de los resultados.

Dada la escasez de trabajos específicos de cuidados a este tipo de pacientes, se deberían desarrollar proyectos de investigación relativos a las intervenciones enfermeras para favorecer el autocuidado y el proceso de transición en su salud, disminuir el sentimiento de aislamiento social y favorecer el abordaje intrafamiliar.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos darle las gracias a nuestra tutora, M<sup>a</sup> del Coro Canalejas por su apoyo y dedicación durante la elaboración del trabajo.

Gracias a la Universidad Autónoma de Madrid, por mostrarnos el excepcional mundo de la enfermería y a todos los profesionales que han contribuido durante nuestro aprendizaje.

Por último, queremos darle las gracias a toda nuestra familia y a nuestros amigos, por estar incondicionalmente a nuestro lado y por su cariño y paciencia durante este camino.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Trasplante. [Consultado en enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2UiIbfY>
2. Fonseca T L. Rol de enfermería en el proceso de donación de órganos para trasplante: revisión de la literatura - análisis crítico. Rev. Colomb. de Enferm. 2019;(7):129-139.
3. Ubilla M, Mastrobuoni S, Martín Arnau A, Cordero A, Alegría E, Gavira J et al. Trasplante cardíaco. Anales Sist Sanit de Navar. [Internet]. 2006 [citado 6 de enero de 2019];29 (2):63-78. Disponible en: <https://bit.ly/2MzaxjN>
4. Fernán del C, Mendoza MD. Aspectos ético legales del trasplante de corazón Ethical and legal aspects of heart transplant. Rev. Col. Cardiol. 2007; 14(5): 259-275.
5. Ríos-Martínez B, Huitrón-Cervantes G, Rangel-Rodríguez, G. Psicopatología y personalidad de pacientes cardiopatas. Arch. Cardiol. Méx. 2009; 79 (4): 1665-1731.
6. González-Vílchez F, Almenar-Bonet L, Crespo-Leiro M, Alonso-Pulpón L, González- Costelo J, Sobrino-Márquez et al. Registro Español de Trasplante Cardíaco. XXIX Informe Oficial de la Sección de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (1984-2017). Rev Esp Cardiol. 2018;71 (11):952-60
7. Magaña J, Argüero R. Complicaciones crónicas del trasplante cardíaco. Implicaciones clínicas y estrategias futuras. Rev. invest. clín. 2005; 57 (2): 338-343.
8. Wilhelm M J. Long-term outcome following heart transplantation: current perspective. J Thorac Dis. 2015; 7(3): 549-551.
9. Araújo da Silva E, Vilma Carvalho D. Transplante cardíaco: complicações apresentadas por pacientes durante a internação. Esc Anna Nery. 2012; 16(4):674-681.
10. Hwang Y, Yi M. The Lived Experience of Patients with Heart Transplantation: A Phenomenological Study. Korean Society of Nursing Science. 2016; 47(1):110-120.
11. Gonçalves de Vasconcelos A, Mendes de Paula Pessoa V, Wagner Pereira Menezes F, Sampaio Florêncio R, Ximenes Freitas Frota, M. Repercussions on the daily living of post-heart transplantation patients. Acta Paul. Enferm. 2015; 28 (6): 573-9.

12. Botero de Mejía B, Pico Merchán M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2007 [citado el 4 de enero 2019];(12): 11-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
13. Bonet L, Martínez-Dolz L, Moro López J. Trasplante cardiaco. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2009.<https://bit.ly/2sKYJlf>
14. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm[Internet]. 2003 [citado el 5 de enero de 2019]; 9 (2): 9 -21. Disponible en: <https://bit.ly/2JdCWtZ>
15. López Castro J, Cid Conde L, Fernández Rodríguez V, Failde Garrido J, Almazán Ortega R. Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36. Rev Calid Asist. 2013; [citado el 3 de febrero 2019]; 28(6): 355-360.Disponible en: <https://bit.ly/2GrcQVK>
16. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2001 [citado el 3 de febrero del 2019]; 28 (6): 365-446. Disponible en: <https://bit.ly/2N6b3pH>
17. Aguirre Montoya J, Carmona Heredia A, Pinedo Iguíñez M, Rius Ferrús L, Salmerón Hernández M, De Castro Arizmendi R et al. Estudio de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca.Enferm Cardiol. 2009; Año XVI (46):11-16
18. Hinojosa R, Herruzo A, Escorresca Ortega A, Jiménez P. Evaluación y mantenimiento del donante cardíaco. Med. Intensiva. 2009; 33(8):377-384.
19. Peled Y, Lavee J, Arad M, Shemesh Y, Katz M, Kassif Y et al. The impact of gender mismatching on early and late outcomes following heart transplantation. ESC Heart Fail. 2017;4 (1):31-39.
20. Anderson L, Nguyen TT, Dall CH, Burgess L, Bridges C, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation in heart transplant recipients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017, Issue 4. Art. No.: CD012264.



21. Yardley M, Havik O, Grov I, Relbo A, Gullestad L, Nytroen K. Peak oxygen uptake and self-reported physical health are strong predictors of long-term survival after heart transplantation. *Clin. Transplant*. 2016; 30 (2): 161-169.
22. Chen S, Lu P, Chou N, Lai J, Wang S. Six-minute walk test among heart transplant recipients. *Transplant Proc*. 2014; 46(3):929-933.
23. Czyzewski L, Torba K, Jasinska M, Religa G. Comparative analysis of the quality of life for patients prior to and after heart transplantation. *Ann Transplant*. 2014; 19:288-294.
24. Barros LBF, Silva LFD, Guedes MVC, Pessoa VLMP. Clinical care of nursing reasoned in Parse: contribution in the transcendence process of cardiac transplantation. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2017; 38(2): 1-9.
25. Ayerra Armendáriz N, Escobedo Romero R, Ócariz Eguia M. Aspectos psicosociales y espirituales en el post-trasplante cardiaco. *PULSO*. 2013; (72):25-30.
26. Cunha Sdos S, Miyazaki M, Villafanha D, Santos Junior R, Domingos N. Psychological assessment of patients undergoing cardiac transplant in a teaching hospital (2004 to 2012). *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc*. 2014; 29(3):350-354.
27. Bergamo Trevizan F, de Oliveira Santos Miyazaki M, Lima Witzel Silva Y, Waetman Roque C. Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2017; 32(3): 162-170.
28. L Grady K, Adin- Christian A, Li Z, Rybarczyk B, White-Williams C, Gordon R, C McGee Jr E. Gender Differences in Appraisal of Stress and Coping 5 Years after Heart Transplantation. *Heart Lung*. 2017; 45(1):41-47.
29. Diaz Molina B, Lambert J, Vílchez F, Cadenas F, Bernardo M, Velasco E, MartínM, Morís C. Quality of Life According to Urgency Status in De Novo Heart Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*. 2016; 48(9):3024-3026.
30. Milaniak I, Wilczek-Ruzyczka E, Wierczbicki K, Sadowski J, Kapelak B, Prybylowski P. Role of Personal Resources in Depression and Stress in Heart Transplant Recipients. *Transplant proc*. 2016; 48(5):1761-1766.

31. Palmar Santos A, Pedraz Marcos A, Rubiales Paredes M, Solís Muñoz M, Hernández Rivas A, Rodríguez Montes J. La idea de corporeidad analizada en pacientes trasplantados de corazón. NURE. 2008; (36):1-15.
32. Solar P S, Ovalle R A, Simian M M, Escobar H J, y Beca I J. Three influencing factors in people´s attitude towards organ donation. Rev. Chil Cir. 2008;60 (3): 263-277.
33. Araújo Sadala M, Groppo Stolf N. Heart transplantation experiences: a phenomenological approach. JCN. 2008;17(7B):217-225.
34. Fuica S, Palacios- Espinosa X. Significados atribuidos por el paciente trasplantado al órgano recibido, al donante, a la vida y a la muerte. Pensamiento Psicológico. 2016 [enero de 2019]; 14(2): 19-32. Disponible en: <https://bit.ly/2FR8siy>
35. Monteiro Mantovania B V, Behrend Silveira C, Lucas Lima L, Orlandin L, Rabelo-Silva E, Moraes M. Comparison of quality of life between patients on the waiting list and heart transplant recipients. Rev. Gaúcha Enferm. 2017; 37(4):1-7.
36. Conway A, Sheridan J, Maddicks-Law J, Fulbrook P, F Ski C, Thompson D, L Doering L. Accuracy of anxiety and depression screening tools in heart transplant recipients. Applied Nursing Research. 2016; 32(3):177-181.
37. Flynn K, Dew M, Lin L, Fawcy M, Graham F, Hahn E, Hays R, Liu H, McNulty M, Weinfurt K. Reliability and construct validity of PROMIS® measures for patients with heart failure who undergo heart transplant. Qual. Life. Res. 2015; 24(11):2591-2599.
38. Milaniak I, Wilczek-Ruzyczka E, Przybylowski P, Wierzbicky K, Siwinska J, Sadowski J. Psychological predictors (personal recourses) of quality of life for heart transplant recipients. Trasplant. Proc. 2014; 46(8):2839-2843.
39. Fernández-Feito A. Un nuevo corazón para un médico. Adaptación personal y profesional tras un trasplante cardiaco. Archivos de la memoria. 2018, 15: e01502
40. Parra Basurto A. Proceso de atención de enfermería aplicado a la personaposoperada de trasplante cardiaco. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2014; 22 (3): 106-114.

41. Rossi López M, Abella Arcos J, Roca Canzobre S, Pérez Taboada M y Pereira Ferreiro A. Protocolo del trasplante cardíaco en el postoperatorio inmediato. Enfermería en cardiología. 2012; Año XIX (55-56):76-79.
42. Pinheiro de Mattos Brito L, Mendes de Paula Pessoa V, de Souza Araújo Santos Z. A família vivenciando o transplante cardíaco. Rev. bras. enferm. 2007; 60 (2): 167-71.
43. Conway A, Sheridan J, Maddicks-Law J, Fulbrook P. Pilot testing a model of psychological care for heart transplant recipients. BMC nursing.2016. 15 (62):1-8
44. Kugler C, Bara C, von Waldthausen T, Einhorn I, Haastert B, Fegbeutel C et al. Association of depression symptoms with quality of life and chronic artery vasculopathy: a cross-sectional study in heart transplant patients. J Psychosom Res. 2019; 77(2):128-134.
45. Sanz J, Perdigón LA, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud [internet] 2003, 14: [17 de abril de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>>
46. Franco Sierra A, Cardona Arango D. Calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular en un programa de seguimiento Farmacoterapéutico. Revista médica Risaralda. 2017; 23(1): 30-33.

# ANEXOS

**Anexo 1.** Escala de valoración de calidad de vida SF-36. (46)

Tabla. Puntuación mediana y rango intercuartílico para cada dimensión del cuestionario SF-36

Dimensión	Puntuación mediana (Rango inter cuartílico)
Función Física	42,5 (45,0)
Rol Físico	25,0 (81,3)
Dolor	62,5 (65,0)
Salud General	40,0 (25,0)
Vitalidad	45,0 (30,0)
Función social	62,5 (45,0)
Rol emocional	66,7 (100,0)
Salud Mental	66,0 (68,0)
Total	53,2 (35,1)

**Anexo 2.** Tabla de artículos seleccionados.

<b>Autores</b>	<b>Lugar y fecha</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal del estudio</b>
Fernán del C <i>et al</i> (4)	Colombia 2007	Revisión narrativa	28 artículos	El proceso que se debe llevar a cabo, tanto por parte del donante como del receptor, hasta que se realiza el trasplante. Conflictos éticos durante dicho proceso.
Ríos-Martínez B P <i>et al</i> (5)	México 2009	Cualitativo	137	Aspectos psicológicos relacionados con padecimientos cardiacos y perfil de personalidad.
Wilhelm M J <i>et al</i> (8)	2015	Revisión bibliográfica	-	Trasplante de corazón como terapia de elección frente a la insuficiencia cardiaca crónica y las secuelas que causan la inmunosupresión y el rechazo.
Araujo da Silva E <i>et al</i> (9)	Brasil, 2012	Descriptivo retrospectivo	44	Complicaciones postoperatorias tras el trasplante cardiaco.
Hwang Y <i>et al</i> (10)	Corea 2016	Cualitativo	9	La experiencia de los pacientes trasplantados de corazón.
Gonçalves de Vasconcelos A <i>et al</i> (11)	Brasil 2015	Mixto	29	Las repercusiones en la vida cotidiana de los pacientes sometidos a trasplante cardiaco.

<b>Autores</b>	<b>Lugar y fecha</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal del estudio</b>
Hinojosa R <i>et al</i> (18)	España , 2009	Cualitativo	-	Aborda el problema principal de falta de donantes para el trasplante cardiaco y aporta soluciones para ampliar este número.
Peled Yet al (19)	Israel 2016	Descriptivo longitudinal	166	El impacto del emparejamiento de género en el resultado temprano y a largo plazo para el trasplante cardiaco.
Anderson L <i>et al</i> (20)	2017	Revisión bibliográfica	71 artículos	Valoración de la medición de parámetros físicos para predecir la supervivencia a largo plazo de pacientes transaplantados.
Yardly M <i>et al</i> (21)	2016	Analítico	133	Valorar el uso de medidas de salud física para predecir la supervivencia a largo plazo de pacientes trasplantados de corazón.
Chen S <i>et al</i> (22)	Taiwan, 2014	Correlacional	43	Uso del test de los seis minutos andado para valorar la capacidad de ejercicio en pacientes trasplantados de corazón y su relación con la calidad de vida.
Czyzewski L <i>et al</i> (23)	Polonia 2017	Cualitativo	63	Valoración de la calidad de vida antes y después de realizar el trasplante de corazón
Barros LBF <i>et al</i> (24)	Brasil 2017	Cualitativo	-	Plan de cuidados enfermeros de los pacientes trasplantados de corazón y la influencia de este en su nueva vida.

<b>Autores</b>	<b>Lugar y fecha</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal del estudio</b>
Ayerra N Armendaiz <i>et al</i> (25)	España 2013	Revisión narrativa	19 artículos	Revisión que trata de recoger si se cubren todas las necesidades de los pacientes trasplantados de corazón en su vida diaria tras el trasplante y no solos las físicas. Se recogen también las vivencias de los propios pacientes.
Cunha Sdos S et al (26)	Brasil	Cualitativo	60	Análisis del estado emocional de los pacientes que se encuentran en la lista de espera para realizarse el trasplante de corazón
Trevizan FB <i>et al</i> (27)	Brasil 2007	Descriptivo trasnversal	33	Valoración e identificación de enfermedades de salud mental, tales como la depresión y la ansiedad, así como la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento tras la realización de un trasplante de corazón.
Grady KL et al (28)	Estados Unidos 2016	Prospectivo	210	Determinar las diferencias entre géneros en relación al estrés, el afrontamiento, la adherencia al tratamiento y el apoyo social en pacientes trasplantados del corazón.
Diaz-Molina B et al (29)	España 2016	Cohorte	139	Comparación la calidad de vida de pacientes trasplantados de corazón de forma urgente frente a trasplantes programados.
Milaniak I et al (30)	Polonia 2016	Descriptivo transversal	131	Valoración los recursos personales de los pacientes trasplantados de corazón a la hora de afrontar enfermedades de salud mental, frecuentemente asociadas con este tipo de trasplante (ansiedad y depresión).
Palmar Santos A M <sup>a</sup> <i>et al</i> (31)	España 2008	Mixto	-	Análisis la percepción de la propia corporeidad del paciente trasplantado de corazón, siendo este un elemento clave para la persona.



<b>Autores</b>	<b>Lugar y fecha</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal del estudio</b>
Solar PS <i>et al</i> (32)	Chile 2008	Revisión narrativa	32 artículos	Análisis de la donación de órganos, concretamente de corazón desde diferentes aspectos.
Sadala MI <i>et al</i> (33)	Brasil 2008	Cualitativo	26	La experiencia de enfermedad de pacientes trasplantados de corazón
Fuica S <i>et al</i> (34)	Colombia 2016	Revisión narrativa	66 artículos	Análisis del significado atribuido por el paciente trasplantado al órgano, al donante, a la vida y a la muerte
Mantovani VM <i>et al</i> (35)	Brasil 2017	Descriptivo transversal	56	Comparación entre calidad de vida en pacientes trasplantados de corazón y pacientes en la lista de espera.
Conway A <i>et al</i> (36)	Estados Unidos 2016	Analítico	48	Validación de la fiabilidad de varios cuestionarios para valorar el estado mental en pacientes trasplantados de corazón.
Flynn KE <i>et al</i> (37)	Estados Unidos 2015	Analítico	48	Evaluación de la validez del cuestionario PROMIS en pacientes trasplantados de corazón.
Milaniak I <i>et al</i> (38)	Polonia 2014	Descriptivo transversal	12	Recursos personales para afrontar el impacto físico y emocional del trasplante de corazón

<b>Autores</b>	<b>Lugar y fecha</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal del estudio</b>
Fernandez-Feito A <i>et al</i> (39)	España 2018	Relato biográfico	1	La experiencia personal tras un trasplante cardiaco a todos los niveles. Se refleja con claridad la implicación afectiva de esta intervención.
Parra Basurto A <i>et al</i> (40)	México 2014	Estudio de caso	1	Plan de cuidados individualizado a un paciente trasplantado cardiaco.
Rossi López M <i>et al</i> (41)	España 2012	Revisión bibliográfica	8 artículos	Características del paciente trasplantado cardiaco y su situación crítica en el postoperatorio. Protocolo de cuidados.
Pinheiro de Mattos Brito LM <i>et al</i> (42)	Brasil 2007	Cualitativo	-	Experiencia de los familiares de pacientes a los que se ha realizado un trasplante cardiaco.
Conway A <i>et al</i> (43)	Australia 2016	Ensayo piloto controlado aleatorizado	1	Aborda la experiencia personal tras un trasplante cardiaco a todos los niveles. Se refleja con claridad la implicación afectiva de esta intervención
Kugler C <i>et al</i> (44)	Alemania 2014	Analítico	203	Prevalencia de signos de depresión en personas que han sobrevivido a largo plazo a un trasplante.

**Anexo 3.** Ítems de valoración del cuestionario “Beck Depression Inventory for prevalence of depression” (45)

Ítems	Solución unifactorial *	Solución bifactorial †	
		Factor 1	Factor 2
1. Tristeza	<b>0,58</b>	<b>0,55</b>	0,08
2. Pesimismo	<b>0,55</b>	0,37	0,23
3. Sentimientos de fracaso	<b>0,46</b>	<b>0,57</b>	-0,07
4. Pérdida de placer	<b>0,55</b>	0,00	<b>0,60</b>
5. Sentimientos de culpa	<b>0,46</b>	<b>0,58</b>	-0,08
6. Sentimientos de castigo	0,36	<b>0,52</b>	-0,13
7. Insatisfacción con uno mismo	<b>0,55</b>	<b>0,54</b>	0,06
8. Auto-críticas	<b>0,44</b>	<b>0,55</b>	-0,07
9. Pensamientos de suicidio	0,37	<b>0,43</b>	-0,03
10. Llanto	<b>0,57</b>	<b>0,52</b>	0,10
11. Agitación	0,39	0,37	0,04
12. Pérdida de interés	<b>0,58</b>	0,11	<b>0,52</b>
13. Indecisión	<b>0,57</b>	0,37	0,25
14. Inutilidad	<b>0,65</b>	0,26	<b>0,44</b>
15. Pérdida de energía	<b>0,62</b>	-0,12	<b>0,82</b>
16. Cambios en el patrón de sueño	<b>0,40</b>	0,05	0,39
17. Irritabilidad	<b>0,53</b>	<b>0,48</b>	0,09
18. Cambios en el apetito	0,35	0,13	0,25
19. Dificultad de concentración	<b>0,56</b>	0,18	<b>0,43</b>
20. Cansancio o fatiga	<b>0,59</b>	-0,08	<b>0,74</b>
21. Pérdida de interés en el sexo	0,38	-0,18	<b>0,61</b>

**Anexo 4.** Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente trasplantado cardiaco en el postoperatorio inmediato (25, 40, 41)

<b>Necesidades básicas de salud</b>	<b>Intervenciones</b>
1.Respirar normalmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorización continua (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de O<sub>2</sub>, tensión arterial, ritmo cardiaco, valores de la ventilación mecánica etc.)</li> </ul>
2. Comer y beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Control de la ingesta de alimentos y líquidos</li> </ul>
3.Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Control de eliminación hídrica.</li> <li>● Control de deposiciones</li> </ul>
4. Moverse y mantener una postura adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fomentar el autocuidado y la independencia en las ABVD</li> </ul>
7. Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Registro de la temperatura corporal.</li> </ul>
8.Higiene e integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aseo diario.</li> <li>● Cura de la zona de incisión. quirúrgica y de los drenajes.</li> <li>● Cambios posturales e hidratación de la piel para evitar úlceras por presión.</li> </ul>
9.Evitar peligros y seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Limitar las condiciones que favorecen la presencia de infecciones (aislamiento protector, técnica estéril en la curación y la manipulación de los accesos vasculares, los drenajes y las sondas; favorecer el retiro oportuno de los dispositivos invasivos).</li> <li>● Manejo del dolor.</li> <li>● Valorar el nivel de consciencia.</li> <li>● Vigilar signos de alarma de posibles complicaciones.</li> <li>● Valorar riesgo de caídas.</li> </ul>
10.Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manejo del aislamiento social</li> </ul>
11.Creencias y valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoyo espiritual.</li> <li>● Apoyo en la toma de decisiones.</li> </ul>

**Anexo 5.** Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente trasplantado cardiaco en el postoperatorio tardío (25,40,41)

Necesidades básicas de salud	Intervenciones
2. Comer y beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a introducir los cambios en la alimentación.</li> </ul>
4. Moverse y mantener una postura adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitación física, mediante ejercicios aerobios.</li> <li>• Fomentar el autocuidado y la independencia en las ABVD.</li> </ul>
9.Evitar peligros y seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza de conductas saludables.</li> <li>• Protección contra las infecciones.</li> </ul>
10.Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo al cuidador principal.</li> <li>• Apoyo a la familia.</li> <li>• Apoyo emocional.</li> <li>• Terapia de entretenimiento.</li> <li>• Fomento de la implicación familiar.</li> </ul>
11.Creencias y valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de las ideas y valores relacionadas con el trasplante de corazón.</li> <li>• Apoyo espiritual.</li> </ul>
12. Trabaja y realizarse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de la percepción de la calidad de vida y de las actividades que el paciente realizaba previamente y la forma en que las va incorporando de nuevo.</li> <li>• Terapia de actividad.</li> <li>• Potenciación de la autoestima.</li> <li>• Terapias de relajación</li> </ul>